

Aus dem Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Max Geraedts

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

**Bedarfsanalyse für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und
Prävention**

**im Landkreis Marburg-Biedenkopf bei Erwachsenen und
Senioren/Seniorinnen – Bedarf aus der Perspektive relevanter Akteure**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Kerrin Rena Schwarze aus Dinslaken

Marburg, 2023

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

am: 31.03.2023

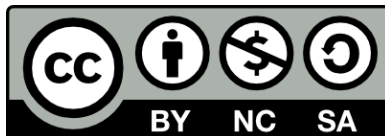
Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin

Dekanin: Frau Prof. Dr. D. Hilfiker-Kleiner

Referent: Herr Prof. Dr. M. Geraedts

1. Korreferentin: Frau Prof. Dr. A. Becker

Originaldokument gespeichert auf dem Publikationsserver der
Philipps-Universität Marburg
<http://archiv.ub.uni-marburg.de>



Dieses Werk bzw. Inhalt steht unter einer
Creative Commons
Namensnennung
Nicht-kommerziell
Weitergabe unter gleichen Bedingungen
4.0 Deutschland Lizenz.

Die vollständige Lizenz finden Sie unter:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>

1 Kurzfassung

1.1 Hintergrund

In Zeiten des demographischen Wandels und des Vorherrschens von chronischen nicht übertragbaren Erkrankungen in den Industrieländern rücken Prävention und Gesundheitsförderung als Lösungsansätze zur Steigerung des Wohlbefindens der Bevölkerung zunehmend in den Fokus. Während auf internationaler und nationaler Ebene die Entwicklung von Strategien im Vordergrund steht, erfolgt die Umsetzung von Projekten oftmals auf lokaler Ebene. Grundlage für Maßnahmen ist unter anderem die Ermittlung des Handlungsbedarfs im Rahmen von Bedarfsanalysen.

1.2 Fragestellung

Das Ziel dieser Dissertation ist es, mithilfe einer Bedarfsanalyse im Rahmen des Projekts „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ einen Überblick über die aktuelle Situation im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention mit Fokus auf Erwachsene und Senioren/Seniorinnen zu erhalten. Im Anschluss sollen die Ergebnisse dazu beitragen, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vor Ort bedarfs- und zielgruppengerecht zu planen und umzusetzen.

1.3 Methode

Es wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Quantitative Analysen wurden in Form einer Small Area Estimation durchgeführt, bei der auf Grundlage öffentlich verfügbarer Daten Prävalenzen von Risikofaktoren und Krankheiten unter Berücksichtigung der lokal unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen modelliert wurden. Für die Variablen Depression, Krebs, Adipositas, Diabetes, Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Polypharmazie und Multimorbidität sowie Pflegebedarf und Hospitalisierung wurde die Verteilung von gesundheitsrelevanten Merkmalen in den einzelnen Gemeinden und Städten des Landkreises nach Altersgruppen aufgeschlüsselt geschätzt. Als qualitative Analysemethoden erfolgten Expertenbefragungen. Dazu wurden in 19 Kommunen des Landkreises und 4 Stadtteilen Marburgs semistrukturierte leitfadengestützte Interviews mit insgesamt 70 lokalen Akteuren/Akteurinnen verschiedener Fachgebiete zur Erfassung von präventionsbezogenen Strukturen, Problemen und Bedarfen durchge-

führt. Es wurde nach vier Altersgruppen unterschieden sowie gesondert auf gesundheitlich vulnerable Gruppen (u.a. Alleinerziehende und Geflüchtete) eingegangen. Die per Tonband aufgenommenen Interviews wurden entlang von Themenkomplexen zusammengefasst, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kommunen hervorgehoben und Best Practice-Beispiele identifiziert.

1.4 Ergebnisse

In der Small Area Estimation präsentierte sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf als typische ländliche Region Deutschlands. Für die untersuchten Krankheiten ergaben sich nur geringe interkommunale Unterschiede bei den Altersgruppen ‚Erwachsene‘ und ‚Senioren/Seniorinnen‘. In den Interviews wurden vielfach klassische Public Health-Themen benannt, anhand derer ein Bedarf für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ableitbar ist (z. B. Bewegungsmangel, Überforderung Erwachsener, zurückgehendes Vereins-/Ehrenamtsengagement, Alterseinsamkeit). Die lokalen Unterschiede im Umgang mit dem Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung wurden deutlich, wobei sich insgesamt ein großer Bedarf an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung abzeichnete. Teilweise wurden konkrete Handlungsansätze formuliert. Die Bedeutung von Settings und der kommunen- sowie generationenübergreifenden Zusammenarbeit zur Bedarfsdeckung wurde oft hervorgehoben sowie einige Best Practices benannt.

1.5 Diskussion

Aus der Small Area Estimation ließen sich kaum lokal anzupassende Strategien ableiten. Die regionalen Unterschiede kamen vermutlich insbesondere durch die sozioökonomischen Unterschiede innerhalb des Landkreises zustande. Maßnahmen könnten also in Gebieten mit einer ausgeprägten sozioökonomischen Deprivation besonders sinnvoll sein, etwa in Form von quartiersbezogenen und niedrighwelligen Angeboten. Die Verbreitung von Wissen und Best Practices sowie die Vernetzung von Akteuren/Akteurinnen könnten wichtige Schalter für eine Verbesserung der präventiven und gesundheitsfördernden Versorgung der Erwachsenen und Senioren/Seniorinnen im Landkreis sein. Einige Probleme können jedoch nicht lokal bewältigt werden, sondern erfordern ein Handeln auf (inter-)nationaler Ebene. Aufgrund der sich unterscheidenden Herangehensweise waren Gegenüberstellungen beider Analysemethoden nur bedingt möglich. Die SAE bildete einige Krankheiten und Risikofaktoren ab, die in den Interviews nicht erwähnt wurden. Als Limitation der Interviews ist zu nennen, dass die Unterschiede zwischen

den Kommunen eventuell nicht adäquat erfasst wurden, da die Auswahl der Interviewten lokal stark variierte und einzelne Bevölkerungsgruppen (z.B. vulnerable Gruppen) kaum repräsentiert waren. Die SAE ist ihrerseits als Schätzmodell nicht mit quantitativen Daten gleichzusetzen.

1.6 Fazit

Insgesamt eignet sich die Bedarfsanalyse als Startpunkt für settingbezogene Interventionen, da sie Akteure/Akteurinnen einbindet, lokale Unterschiede und Ansätze offenlegt und regionale Vorbilder in Form von Best Practices identifiziert. Die Erkenntnisse der Bedarfsanalyse können sowohl für praktizierende und übergeordnete Akteure/Akteurinnen des Landkreises als auch für andere Forschende und Akteure/Akteurinnen aus dem Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung einen Informationsgewinn darstellen und als Ansatzpunkt für zukünftige Forschung dienen.

2 Abstract

2.1 Background

In times of demographic change and the prevalence of chronic non-communicable diseases in industrialized countries, prevention and health promotion are increasingly coming into focus as solutions to increase the well-being of the population. While the focus is on developing strategies at the international and national level, projects are often implemented at the local level. The basis for measures is, among other things, the identification of the need for action within the framework of needs analyses.

2.2 Research question

The aim of this dissertation is to obtain an overview of the current situation in the district of Marburg-Biedenkopf regarding health promotion and prevention, with a focus on adults and seniors, by means of a needs analysis within the framework of the project "Gesundheit fördern – Versorgung stärken" (Promoting Health - Strengthening Care). Subsequently, the results are to contribute to the planning and implementation of health promotion and prevention measures on site according to needs and target groups.

2.3 Method

A mixed methods approach was chosen. Quantitative analyses were carried out in the form of a small area estimation (SAE), in which prevalences of risk factors and diseases were modeled based on publicly available data, considering the locally different population structures. For the variables depression, cancer, obesity, diabetes, back pain, cardiovascular diseases, polypharmacy and multimorbidity as well as need for care and hospitalization, the distribution of health-related characteristics in the individual municipalities and cities of the county was estimated broken down by age group. Expert interviews were conducted as a qualitative method of analysis. For this purpose, semi-structured guided interviews were conducted in 19 municipalities of the district and 4 city districts of Marburg with a total of 70 local actors/stakeholders from various fields to record prevention-related structures, problems and needs. A distinction was made between four age groups and special attention was paid to vulnerable health groups (including single parents and refugees). The tape-recorded interviews were summarized along thematic complexes, similarities and differences between municipalities were highlighted, and best practice examples were identified.

2.4 Results

In the Small Area Estimation, the district of Marburg-Biedenkopf presented itself as a typical rural region of Germany. For the diseases studied, there were only minor inter-communal differences in the age groups 'adults' and 'senior citizens'. In the interviews, classic public health topics were frequently named, based on which a need for health promotion and prevention measures can be derived (e.g., lack of exercise, excessive demands on adults, declining involvement in associations/voluntary work, loneliness in old age). Local differences in dealing with the topic of prevention and health promotion became clear, although a great need for prevention and health promotion measures emerged overall. In some cases, concrete approaches for action were formulated. The importance of settings and inter-community and inter-generational cooperation was often emphasized. Some best practices were named.

2.5 Discussion

It was difficult to derive locally adaptable strategies from the SAE. The regional differences probably came about in particular because of socioeconomic differences within the county. Thus, interventions could be particularly useful in areas of pronounced socioeconomic deprivation, such as neighborhood-based and low-threshold services. The dissemination of knowledge and best practices as well as the networking of actors/stakeholders could be important switches for improving preventive and health-promoting care for adults and senior citizens in the district. However, some problems cannot be tackled locally, but require action at the (inter)national level. Because of the differing approaches, comparisons of the two methods of analysis were limited. The SAE mapped some diseases and risk factors that were not mentioned in the interviews. A limitation of the interviews is that differences between communities may not have been adequately captured, as the selection of interviewees varied widely locally and individual population groups (e.g., vulnerable groups) were poorly represented. The SAE, as an estimation model, cannot be equated with quantitative data.

2.6 Conclusion

Overall, the needs analysis is suitable as a starting point for setting-based interventions because it engages stakeholders, reveals local differences and approaches, and identifies regional role models in the form of best practices. The findings of the needs assessment can provide information for practitioners in the district as well as for other researchers and stakeholders in the field of prevention and health promotion and serve as a starting point for future research.

3 Inhaltsverzeichnis

1	Kurzfassung	1
1.1	Hintergrund.....	1
1.2	Fragestellung.....	1
1.3	Methode	1
1.4	Ergebnisse	2
1.5	Diskussion	2
1.6	Fazit.....	3
2	Abstract.....	4
2.1	Background	4
2.2	Research question.....	4
2.3	Method	4
2.4	Results.....	5
2.5	Discussion	5
2.6	Conclusion.....	5
3	Inhaltsverzeichnis.....	6
4	Abkürzungsverzeichnis.....	9
5	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	10
6	Einleitung	11
6.1	Hintergrund und Stand der Forschung.....	11
6.1.1	Demographischer Wandel	11
6.1.2	Gesundheitsförderung und Prävention	12
6.1.3	Nutzen und Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung.....	18
6.1.4	Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung	19
6.1.5	Prävention und Gesundheitsförderung international	20
6.1.6	Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und Hessen	21
6.1.7	Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf	26

6.1.8	Die Bedarfs-/Bedürfnisanalyse	28
6.2	Ziel der Forschungsarbeit/Fragestellung.....	31
	Small Area Estimation.....	33
	Experteninterviews.....	33
	Gegenüberstellung	34
7	Material und Methoden.....	35
7.1	Analyse der gesundheitlichen Lage in der Region mittels Small Area Estimation	35
7.1.1	Auswahl der Daten	36
7.1.2	Indikatoren/Merkmale	37
7.1.3	Modellierung und Interpretation	37
7.2	Experteninterviews	39
7.2.1	Erstellung des Leitfadens.....	39
7.2.2	Auswahl der Interviewteilnehmenden	40
7.2.3	Durchführung der Interviews	42
7.2.4	Zusammenfassungen der Interviews, Erstellung eines Gesamtberichts	43
8	Ergebnisse	45
8.1	Analyse der gesundheitlichen Lage der Region	45
8.1.1	Demographie und Sozialfaktoren	45
8.1.2	Gesundheit von Erwachsenen und Senioren/Seniorinnen	48
8.2	Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aus der Perspektive regionaler Akteure/Akteurinnen	59
8.2.1	Altersgruppenübergreifende Erkenntnisse.....	59
8.2.2	Erkenntnisse bei der Altersgruppe Erwachsene im mittleren Lebensabschnitt (19-64 Jahre)	73
8.2.3	Erkenntnisse bei der Altersgruppe Senioren/Seniorinnen (65+ Jahre)	82
8.2.4	Vulnerable Gruppen	92
9	Diskussion.....	101

9.1 Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Ergebnisse	101
Small Area Estimation.....	101
Experteninterviews.....	110
Gegenüberstellung	120
9.2 Grenzen der Forschung/Vorschläge für zukünftige Forschungen.....	123
10 Zusammenfassung/Ausblick.....	126
11 Summary	129
12 Literaturverzeichnis.....	131
13 Anhang	150
13.1 Einverständniserklärung	150
13.2 Leitfaden	152
13.3 Interviewschemas.....	157
13.4 Verzeichnis der akademisch Lehrenden.....	159

4 Abkürzungsverzeichnis

ADHS.....	<i>Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung</i>
AOK.....	<i>Allgemeine Ortskrankenkasse</i>
AST.....	<i>Anruf-Sammel-Taxi</i>
AWO.....	<i>Arbeiterwohlfahrt e. V.</i>
BIP.....	<i>Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt Marburg</i>
BMI.....	<i>Body-Mass-Index</i>
BSJ.....	<i>Verein zur Förderung bewegungs- und sportorientierter Jugendsozialarbeit e.V.</i>
BZgA.....	<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>
DCO.....	<i>death-certificate only</i>
DDD.....	<i>defined daily dose</i>
DEGS.....	<i>Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland</i>
DRK.....	<i>Deutsches Rote Kreuz e. V.</i>
EuroHealthNet.....	<i>European partnership for health, equity and wellbeing</i>
fib.....	<i>Verein zur Förderung der Inklusion behinderter Menschen e.V. Marburg</i>
GBE.....	<i>Gesundheitsberichterstattung</i>
GEDA.....	<i>Gesundheit in Deutschland aktuell</i>
GKV.....	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
HAGE.....	<i>Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung</i>
HGO.....	<i>Hessische Gemeindeordnung</i>
HGöGD.....	<i>Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst</i>
ICD.....	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IKJG.....	<i>Initiative für Kinder-, Jugend- und Gemeinwesenarbeit e.V.</i>
ION.....	<i>Interorganisationale Netzwerke</i>
IUHPE.....	<i>International Union for Health Promotion and Education</i>
IVe.....	<i>Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie, Philipps-Universität Marburg</i>
KGC.....	<i>Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hessen</i>
KHK.....	<i>Koronare Herzkrankheit</i>
Kita.....	<i>Kindertagesstätte</i>
LOK.....	<i>Verein für Beratung und Therapie e.V. Stadtallendorf</i>
LRV.....	<i>Landesrahmenvereinbarung</i>
MR.....	<i>Marburg</i>
MVZ.....	<i>Medizinisches Versorgungszentrum, Medizinisches Versorgungszentrum</i>
NGO.....	<i>Non-Governmental Organisation</i>
OTC.....	<i>Over-the-counter</i>
PGF.....	<i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>
PQ.....	<i>Partizipative Qualitätsentwicklung</i>
PrävG.....	<i>Präventionsgesetz</i>
QIP.....	<i>Gutacherverfahren Qualität in der Prävention</i>
SAE.....	<i>Small Area Estimation</i>
SGB.....	<i>Sozialgesetzbuch</i>
TK.....	<i>Techniker Krankenkasse</i>
VdK.....	<i>Sozialverband VdK Deutschland e. V.</i>
VHS.....	<i>Volkshochschule</i>
WHO.....	<i>World Health Organization</i>
WIdO.....	<i>Wissenschaftliches Institut der AOK</i>

5 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchungsmodell einer Small Area Estimation zur Prävalenzschätzung (Robert Koch-Institut 2012)	36
Abbildung 2: Unterschiede beim sozioökonomischen Status zwischen den Kommunen verdeutlicht anhand der Abweichung vom mittleren Bruttolohn der Region.....	46
Abbildung 3: Abweichung der Altersstruktur der Bevölkerung im Kreis Marburg-Biedenkopf von der Standardbevölkerung in Deutschland	47
Abbildung 4: Anteile der verschiedenen Altersgruppen in den Kommunen der Region.....	48
Abbildung 5: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Depression in den Kommunen der Region	49
Abbildung 6: Prognostizierter Anteil Erwachsener (19-64 J.) mit Adipositas und mit Übergewicht inklusive Adipositas in den Kommunen der Region	51
Abbildung 7: Prognostizierter Anteil der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Adipositas und mit Übergewicht inklusive Adipositas in den Kommunen der Region.....	52
Abbildung 8: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Diabetes mellitus in den Kommunen der Region	53
Abbildung 9: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit chronischen Rückenschmerzen in den Kommunen der Region.....	54
Abbildung 10: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit koronarer Herzkrankheit in den Kommunen der Region.....	55
Abbildung 11: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Schlaganfall in den Kommunen der Region	56
Abbildung 12: Prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen (65 Jahre und älter) in Marburg-Biedenkopf.....	58
Abbildung 13: Interviewschema für Interviewende.....	157
Abbildung 14: Interviewschema für Interviewte	158
Tabelle 1: Interviewte nach Systemzugehörigkeit	41

6 Einleitung

6.1 Hintergrund und Stand der Forschung

6.1.1 Demographischer Wandel

Es ist bekannt, dass wir in der heutigen Zeit eine Alterung der europäischen Bevölkerung beobachten: „2025 werden voraussichtlich 32,6 Prozent der deutschen Bevölkerung 60 Jahre und älter sein“ (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit o. D.b). Diese Alterung lässt sich zum einen durch die rasche Rückläufigkeit der Fertilität begründen (Weltgesundheitsorganisation 2010). Zum anderen haben wir in den Industrieländern und entsprechend auch in Deutschland einen hohen gesundheitlichen Standard erreicht, der zu einer immer höheren Lebensalter der Menschen führt (Regional Office for Europe 2022). Verantwortlich dafür sind unter anderem die sinkende Säuglingssterblichkeit und Sterblichkeit im höheren Alter, ein höherer Bildungs- und Lebensstandard sowie die Fortschritte in der medizinischen Versorgung (Schwartz et al. 2016, S. 7–33). Durch diesen Wandel verlängert sich auch die durchschnittlich in Gesundheit verbrachte Lebenszeit, wenngleich dabei Unterschiede nach dem sozialen Status festzustellen sind (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit o. D.b). Diese demografischen Entwicklungen bedeuten aber auch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums, sodass in den Industrienationen nun die sogenannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ für die meisten Todesfälle im Erwachsenen- und Senioren-/Seniorinnenalter verantwortlich sind (Yach et al. 2006). Waren es früher vornehmlich Infektionskrankheiten (World Health Organization 1998), so blicken wir heute durch den geänderten Lebensstil vor allem Stoffwechsel- und den damit einhergehenden Herz-/Kreislaufkrankungen entgegen. Durch bekannte Probleme wie Bewegungsmangel und ‚ungesunde‘ Ernährung leidet ein Großteil der Bevölkerung bereits an den Folgen ebendieser Erkrankungen: “Over the last decade, profound changes in the quality, quantity and source of food consumed in many developing countries, combined with a decrease in levels of physical activity among the population, have led to an increase in the prevalence of diabetes and its complications” (Yach et al. 2006). Mittlerweile geht man davon aus, dass in Europa ca. 80 Prozent der Todesfälle auf chronische Erkrankungen zurückzuführen sind (Weltgesundheitsorganisation 2010). Die Tendenz dieser Entwicklung ist steigend (Yach et al. 2006). Laut einer Prognose für das Jahr 2030 wird in den entwickelten Ländern insbesondere eine Zunahme der Zivilisationskrankheiten Übergewicht und Diabetes erwartet (Yach et al. 2006). Auch die Weltgesundheitsorganisation, die bereits 2005 chronische Krankheiten als wachsende und

Einleitung

unterschätzte Gefahr für die Weltbevölkerung sah (World Health Organization 2005), stellt im Gesundheitsbericht für Europa aus dem Jahre 2019 eine Prävalenzerhöhung von Übergewicht und Fettleibigkeit in fast allen Mitgliedsländern fest (World Health Organization: Regional Office for Europe 2019). Sie prognostiziert ein stetiges Wachstum des Anteils von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten an der Gesamtkrankheitslast. Bis 2030 geht die Organisation in Europa von einer Steigerung auf einen Anteil von 84 Prozent aus, während es im Jahr 2009 noch 48 Prozent waren (Weltgesundheitsorganisation 2010). Neben der Zunahme chronischer Krankheiten wird im Zuge des demografischen Wandels auch eine Zunahme psychischer Erkrankungen sowie ein vermehrtes Vorkommen von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit erwartet (Walter et al. 2015a). Auch bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit macht sich der demografische Wandel bemerkbar: „Auf Grund des gewandelten Krankheitspanoramas und der signifikant erhöhten Lebenserwartung gibt es in den modernen Gesellschaften scheinbar unendlich Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen und Streben nach Gesundheit“ (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Es zeigt sich ein Trend hin zu einer ‚Gesundheitsgesellschaft‘, in der Gesundheitsthemen viele Bereiche unseres Alltags mitbestimmen (Kickbusch und Hartung 2014). Gesundheit ist mittlerweile ebenso wie Krankheit zum Wirtschaftsfaktor und Dienstleistungsangebot geworden. Dies wird beispielsweise an der wachsenden Anzahl von Fitnessstudios, Wellnessangeboten, Selbstfindungskursen oder Studiengängen im Gesundheitsbereich deutlich (Schwartz et al. 2016, S. 187–239).

Insgesamt ist erkennbar, dass ein enormer Handlungsbedarf beim Umgang mit dem demografischen Wandel und der wachsenden Gefahr durch chronische nicht übertragbare Erkrankungen besteht (Walter et al. 2015b). Insbesondere die Anforderungen an das Gesundheitssystem werden sich wegen der Komplexität des Geschehens sehr wahrscheinlich weiter erhöhen (Weltgesundheitsorganisation 2010). Das bloße Therapieren der Folgeschäden wird bei diesen gesellschaftlichen Herausforderungen als zunehmend unzureichend bewertet, während Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Antworten auf den Wandel in der Morbiditäts- und Risikostruktur der Bevölkerung vermehrt in den Blick geraten (Walter et al. 2015b).

6.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung gelten „als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit“ (Kaba-Schönstein 2017a). Beide ergänzen sich (ebd.), weshalb es sich bei der Umsetzung von Maßnahmen empfiehlt, stets beide Perspektiven im Blick zu haben (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dabei sind die fundamentalen Unterschiede beider

Einleitung

Ansätze differenziert zu betrachten und die Begrifflichkeiten nicht synonym zu verwenden (ebd.). Mit den wesentlichen Eigenschaften und Unterschieden beider Strategien beschäftigen sich die nachfolgenden Kapitel.

6.1.2.1 (Krankheits-)Prävention

Definition

(Krankheits-)Prävention leitet sich vom lateinischen Verb ‚praevenire‘ (= zuvorkommen) ab und wird auch als Krankheitsverhütung (Schwartz et al. 2016, S. 187–239) oder Prophylaxe (Gutzwiller und Paccaud 2011, S. 197–232) verstanden. Sie „bezeichnet alle Maßnahmen, die auf Vermeidung, Verringerung/Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von (Gesundheits-)Störungen abzielen“ (Franzkowiak 2022). Damit stehen Krankheiten und deren Zustandekommen im Mittelpunkt der präventiven Betrachtungsweise.

Entwicklung/Klassifizierungsansätze

Krankheitsprävention als Begriff entstand im 19. Jahrhundert aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit (Hurrelmann et al. 2010, S. 13). 1952 definierte schließlich die *Commission on Chronic Disease* mit dem Vorschlag der Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention den ersten Präventionsansatz (Schwartz et al. 2016, S. 187–239; Commission on Chronic Illness 1957). Der somit entstandene Ansatz des Krankheitsverlaufs betrachtet den zeitlichen Aspekt einer Erkrankung und lässt sich neben Primär- und Sekundär- seit 1964 in Tertiärprävention unterteilen (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Im Jahre 1986 schlug Marc Jamouille außerdem eine Erweiterung in Form der Quartärprävention (*la case quatre*) vor, die unter dem Aspekt ‚primum non nocere‘ (= zuerst nicht schaden) zur Vermeidung nicht indizierter Therapien aufrief (Jamouille 1986). Diese Einteilung des Krankheitsverlaufs ist jedoch komplizierter einzuhalten, je mehr über die Entstehung insbesondere der chronischen Krankheiten bekannt ist. Beispielsweise verschwimmen die Grenzen zwischen Primär- und Sekundärprävention mit der Anerkennung einstiger Risikofaktoren als eigenständige Krankheiten (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dies und die miteinhergehende Wertung des Patienten und seiner Erkrankung (‘ordinal value’) kritisierte Gordon 1983 und schlug die Perspektive der Zielgruppen und Strategien als alternativen Ansatz vor (Gordon 1983). Dabei legt er den Fokus auf noch nicht erkrankte Personen. Die Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention bildet auch die Grundlage für die Bevölkerungs- und Hochrisikogruppenstrategie (Schwartz et al. 2016, S. 187–239),

Einleitung

auch ‚Spezifitätsmodell‘ genannt (Franzkowiak 2022). Dabei unterscheidet man zwischen Interventionen, die leicht an der breiten Masse durchgeführt werden können und solchen, die hochspezialisiert nur an Personen mit einem bestimmten Risikoprofil angewandt werden (ebd.). Als letzte oft genannte Präventionsperspektive gilt die des Interventionsansatzes (Kardorff 1995). Sie unterscheidet zwischen Verhaltens-, Verhältnis- und präventivmedizinischer Prävention.

Die verschiedenen Herangehensweisen an die Thematik verdeutlichen die Komplexität des Themenfeldes der Prävention. Diese trägt auch zu einer gewissen Undurchsichtigkeit bei, sodass nach wie vor keine Einheitlichkeit bei den unterschiedlichen Präventionsansätzen herrscht: „Die in verschiedenen Jahrzehnten entwickelten Klassifizierungen stellen einen Versuch dar, die Mehrdimensionalität der Prävention zu fassen. In der Praxis erweisen sie sich jedoch nur als Orientierung, zumal die Begrifflichkeiten uneinheitlich verwendet werden“ (Schwartz et al. 2016, S. 196).

Etablierte Maßnahmen

Die etablierten Maßnahmen der Prävention lassen sich in unterschiedliche Themenfelder einteilen. Dabei wird nach dem jeweils betrachteten Fokus unterschieden (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Setzt man ‚Krankheit‘ in den Fokus, sind die entsprechenden Maßnahmen vor allem in Arztpraxen zu finden. Dazu zählen z. B. Vorsorgeuntersuchungen für Krebserkrankungen, Screening auf erhöhte Blutfette im Rahmen von Check-Up-Untersuchungen oder Impfungen, die vor Infektionskrankheiten schützen (ebd.). Des Weiteren können verschiedene Handlungsfelder wie Ernährung, Stressmanagement oder Bewegung in den Fokus gelegt werden (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Bekannte Maßnahmen sind in diesem Fall Ernährungsschulungen, Bewegungsangebote in Vereinen oder Programme zur Rauchentwöhnung (ebd.). Als letztes kann ‚Gesundheitsschutz‘ als Fokus gesehen werden (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dazu zählen vor allem groß angelegte Programme im Rahmen von unter anderem Arbeitsschutz, Infektionsschutz, Verkehrssicherheit, gesundheitlichem oder umweltbezogenem Verbraucherschutz (Kuhn und Böhm 2020). Zum Beispiel Lebensmittel- und Trinkwasserkontrollen oder die Meldepflicht an Gesundheitsämter bei bestimmten Krankheitserregern repräsentieren hier bereits etablierte Maßnahmen (ebd.).

6.1.2.2 Gesundheitsförderung

Definition

Der Ansatz der Gesundheitsförderung stellt eine Ergänzung zum etablierteren Ansatz der Prävention dar. Das in den 1980er Jahren entstandene Konzept legt den Schwerpunkt nicht auf die Krankheiten und deren Entstehung, sondern auf eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und der Selbstbestimmung der Bevölkerung (Kaba-Schönstein 2017a). Damit gilt Gesundheitsförderung als revolutionäre Neuerung in der Gesundheitspolitik: „Gesundheitsförderung ist nicht eine andere Facette der Prävention oder gar mit ihr identisch, sondern impliziert einen radikalen Perspektivwechsel, der nicht die Krankheiten in den Blick nimmt, sondern die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden“ (Hurrelmann und Altgeld 2004).

Entstehung/Entwicklung

In den 1960er und 70er Jahren zeigte sich ein Wandel der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Public Health und der Einfluss von sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren auf die Gesundheit rückte zunehmend in den Fokus (Ruckstuhl 2011, S. 11–15). Aufgrund dieser und vielschichtiger weiterer Entwicklungen hat sich schließlich das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung herausgebildet (Ruckstuhl 2011, S. 11–15). Von der WHO wurde der Begriff der Gesundheitsförderung erstmals in der Erklärung von Alma-Ata (1978) aufgegriffen (Weltgesundheitsorganisation 1978). Im Jahr 1986 gab es schließlich die erste internationale Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung, deren Ziele in der Ottawa-Charta festgehalten wurden. Hier wurde vor allem zu einem Handeln auf internationaler Ebene im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik aufgerufen (Weltgesundheitsorganisation 1986). So gilt die Charta heute als „Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung“ (Kaba-Schönstein 2017b). Seither steht der Gesundheitsförderungsbegriff nicht nur für eine Neuorientierung und die Erweiterung des Präventionsansatzes, sondern bezieht neben dem Gesundheitssektor auch Politikbereiche wie Bildung, Arbeit und Umweltschutz mit ein (Walter und Koch 2015). Zu dieser ganzheitlicheren Betrachtung passte der Ansatz neuer sozialer Bewegungen mit einer vermehrten Eigenverantwortlichkeit der Menschen, die sich auch in Antonovskys salutogenetischer Perspektive widerspiegelte (Antonovsky 1997). Der Aspekt der Salutogenese, also die Stärkung des Individuums und dessen Ressourcen, gilt als einer der wesentlichen Schlüsselpunkte der gesundheitsfördernden Betrachtungsweise (Beise 2013). Durch diese Herangehensweise können nun auch Menschen berücksichtigt werden, die von rein präventivmedizinischen Maßnahmen wenig profitieren konnten. „Der kompetenzsteigernde Ansatz

Einleitung

der Gesundheitsförderung ist auch anwendbar auf den Umgang mit manifest Kranken und Pflegebedürftigen, d.h. in der Kuration, der Rehabilitation, der Pflege und in der Palliation“ (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Die weitere Entwicklung des Handlungsfelds der Gesundheitsförderung erfolgte anhand von Empfehlungen verschiedener internationaler Konferenzen (u.a. Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexico City 2000) (Kaba-Schönstein 2017b). In diesen fand im Laufe der Zeit eine Ausdifferenzierung der Kernstrategien sowie eine Befassung mit der Thematik der Geschlechterungleichheit und Gleichberechtigung für ethnische Minderheiten statt (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Bei den aktuelleren Konferenzen ging es vor allem darum, konkret anwendbare Handlungskonzepte zu entwickeln und auf immer kleinere regionale Ebenen zu übertragen (World Health Organization 2014). Es wurde außerdem anerkannt, dass Gesundheitsthemen durch ihre Komplexität nicht allein vom Gesundheitssektor beherrscht werden könnten und dementsprechend alle Sektoren und Regierungsebenen ineinandergreifen müssten (ebd.). Die letzte Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung, die 2016 in Shanghai abgehalten wurde, behandelte gesundheitsfördernde Ziele im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Dabei wurden als drei Prioritäten eine verantwortungsbewusste Regierungsführung, die Förderung der Gesundheitskompetenz der Menschen und die Städte und Gemeinden als wichtigste Umgebung für gesundheitsförderliches Handeln benannt (Kaba-Schönstein 2017b). Gesundheitsförderung gilt als maßgebliche Komponente in der aktuellen Public Health Entwicklung und mittlerweile auch als anerkanntes Berufsfeld (Schwartz et al. 2016, S. 187–239).

Etablierte Strategien und Handlungsfelder

Handlungsprinzipien

Bei der politischen und praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung werden zwei maßgebliche strategische Herangehensweisen kombiniert: zum einen die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz und zum anderen die systematische Veränderung der Gesundheitspolitik (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dabei spielen wiederum drei Schlüsselpunkte eine entscheidende Rolle: die Steigerung der persönlichen Gesundheitskompetenz (Empowerment), die Beteiligung möglichst vieler politischer Ebenen (Intersektoralität) und der Fokus auf die Ressourcen eines Individuums bzw. einer Gesellschaft (salutogenetische Perspektive) (ebd.). Letztere beruht auf Antonovskys Theorie der Salutogenese, die Gesundheit nicht als stabilen Zu-

Einleitung

stand, sondern als Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ansieht. Antonovsky legt hierbei den Schwerpunkt auf das Potential der verschiedenen Widerstandsressourcen, also weniger auf die Defizite und vermehrt auf vorhandene Stärken (Antonovsky 1997).

Settingansatz und Lebenswelten

Seit der Formulierung der Ottawa-Charta 1986 gilt der Settingansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung (Hartmann und Sonntag 2015), steht er doch für die Umsetzung der fünf Handlungsfelder der Charta (Hartung und Rosenbrock 2022). Der Ansatz der Lebenswelten ist eng mit dem Settingansatz verknüpft (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Beiden liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheitsprobleme nicht nur das Ergebnis einer individuellen Lebensweise, sondern von der Kombination ökonomischer, sozialer und organisatorischer Aspekte abhängig sind (Hartung und Rosenbrock 2015). Weiterhin wird postuliert, „dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ (Schwartz et al. 2016, S. 192–193). Gesundheit entstehe also in den Lebenswelten der Menschen, „d.h. an konkreten Orten, an denen sie leben und arbeiten“ (Walter et al. 2015b). Der Setting- bzw. Lebensweltansatz möchte genau an dieser Stelle mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung eingreifen. Dabei sollen schon vorhandene Strukturen als Basis von Programmen genutzt werden, wofür sich insbesondere definierte Sozialräume und hierarchische Systeme mit schon festgelegten Zuständigkeiten eignen (z. B. Betriebe oder Schulen) (Schwartz et al. 2016, S. 192–193). Während des weiteren Prozesses können vorhandene Angebote analysiert, aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht ergänzt werden (Hollbach-Grömig und Frölich von Bodelschwingh 2016). Auf diese Art soll es Aktiven möglich gemacht werden, flexibel auf individuelle Chancen und Herausforderungen zu reagieren (Barry 2007). Ein wesentlicher Vorteil des Lebensweltansatzes ist dabei, dass sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen unmittelbar in den Fokus gerückt werden können (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021), da „sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen (...) ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden“ (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021).

Maßnahmen in Lebenswelten sollten bestenfalls in Form von lebensphasenübergreifenden integrierten Gesamtstrategien, sog. ‚Präventionsketten‘, verwirklicht werden (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Dies kann dazu beitragen, die oftmals schwierigen Übergänge im Lebensverlauf zu vereinfachen (Richter-Kornweitz et al. 2017). Außerdem sollte neben der Stärkung von Partizipation, Autonomie und Empowerment (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021) auch die gemeinde- und behördenübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden

Einleitung

(Barry 2007). Die organisatorischen Rahmenbedingungen vor Ort könnte man beispielsweise durch lokale Koordinierungs- oder Beratungsstrukturen schaffen (Barry 2007). Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Lebensweltansatz müssten aber auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021) und eine nationale Gesamtstrategie auf allen politischen Ebenen ins Leben gerufen werden (Walter et al. 2015b).

6.1.3 Nutzen und Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können vielfältige Nutzen mit sich bringen und eine lohnenswerte Investition in die Zukunft darstellen (Apitz und Winter 2004). Insbesondere im Angesicht des demografischen Wandels ist die Ausschöpfung präventiver Potentiale heute wichtiger denn je (Walter et al. 2015a). In Deutschland finden sich erhebliche präventive Potentiale, vor allem bei den älteren Teilen der Bevölkerung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Aus nachhaltiger Prävention und Gesundheitsförderung können sowohl ein gesamtgesellschaftlicher als auch ein individueller Nutzen resultieren (Apitz und Winter 2004). Für das Individuum besteht dieser Nutzen vor allem aus „einem Gewinn an Lebensqualität, den Chancen zur Entfaltung der Persönlichkeit, beeinträchtigungsfreien Lebensjahren, sozialer Teilhabe und vermiedenem Leid“ (Walter et al. 2015b). In diesem Sinne gibt es beispielsweise Evidenz für eine reduzierte Gesamtmortalität durch regelmäßige sportliche Aktivität (Löllgen et al. 2009) oder für das seltenere Auftreten chronischer nicht übertragbarer Erkrankungen durch eine geeignete Ernährung (World Health Organization 2003). Beispiele für den gesamtgesellschaftlichen Nutzen sind unter anderem die Bevölkerungsstrategien zur Zahnprophylaxe oder die AIDS-Kampagne, die dazu beitrug, eine massenhafte Verbreitung der Viruserkrankung zu verhindern (Schwartz et al. 2016, S. 208–210). Doch auch finanziell kann die Gesellschaft von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren. „Investitionen in Krankheitsverhütung könnten nicht nur durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität einen höheren gesundheitlichen Nutzen, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Die chronischen Krankheiten beanspruchen einen beachtlichen Anteil der Ressourcen der Gesundheitssysteme für sich (Yach et al. 2006). Dies bedeutet aber auch, dass Präventionsmaßnahmen ein enormes wirtschaftliches Potenzial innehaben. Eine Rechnung aus dem Jahre 2002 besagt z. B., dass theoretisch ca. 25 bis 30 Prozent der Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermieden werden könnten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Des Weiteren könnten durch Prävention und Gesund-

Einleitung

heitsförderung auch indirekt anfallende Kosten, z. B. durch Arbeitsunfähigkeit, eingespart werden. „Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Bürgerinnen und Bürgern im erwerbsfähigen Alter erhält als Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung auch eine zunehmende ökonomische Bedeutung“ (Walter et al. 2015b). Irreführend ist dabei, dass der Nutzen von Maßnahmen trotz sofortiger Kosten unter Umständen erst Jahrzehnte später nachweisbar ist (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dennoch zeigt zum Beispiel das Präventionsgesetz, dass Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend politisch berücksichtigt werden und dass an Lösungsansätzen gearbeitet wird, um das größtmögliche präventive Potential für die Gesellschaft auszuschöpfen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002).

6.1.4 Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung

Qualität, Evaluation und Evidenzbasierung gewinnen im Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung (Bock und Rehfuess 2021; Medizinische Hochschule Hannover und Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2001). Durch Maßnahmen der Qualitätsentwicklung sollen möglichst alle Strukturen und Prozesse optimiert und durch Qualitätssicherung das Qualitätsniveau langfristig gehalten werden (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 2013). Damit erfüllt das Qualitätsmanagement zum einen eine Entwicklungsfunktion, indem es dazu beiträgt, Programme stetig an individuelle Umstände anzupassen (Barry 2007) und dadurch festgelegte Ziele wirkungsvoller zu erreichen (Altgeld et al. 2015). Zum anderen dient das Qualitätsmanagement der Legitimierung, vor allem des Mitteleinsatzes (Altgeld et al. 2015). Besonders bedeutsam sind Angaben über die Effizienz von Maßnahmen bei den oftmals limitierten finanziellen Ressourcen (Korber und Becker 2017). Wie zu erwarten, haben auch entsprechende Geldgeber, wie z. B. die gesetzlichen Krankenkassen, ein enormes Interesse an der Sicherung der Qualität (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021).

Die Qualitätsorientierung sollte möglichst systematisch in viele Strukturen und Prozesse integriert werden (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Dazu bietet sich beispielsweise der Public Health Action Cycle an (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Er unterteilt den Prozess in unterschiedliche Phasen von der Problemdefinition bis zur Evaluation (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020), die nacheinander und immer wieder durchlaufen werden können (Rosenbrock und Hartung 2015). Er dient damit der kontinuierlichen Reflexion und Weiterentwicklung in der Praxis (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020), während er gleichzeitig der Forschung neue Erkenntnisse bereitstellt (Rosenbrock und Hartung 2015).

Einleitung

Die Umsetzung des Qualitätsmanagement erfolgt in der Praxis oftmals uneinheitlich (Statistisches Bundesamt o. D.b). Sowohl die Wirkung und Effektivität als auch die Kosten und Nutzen der unterschiedlichen Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung sind zum großen Teil nicht ausreichend untersucht, sodass auch Vergleiche der Methoden erschwert werden (Tempel et al. 2013). Zu den etablierten Verfahren gehören zum einen evidenzbasierte Instrumente, wie z. B. das Gutachterverfahren „Qualität in der Prävention“ (QIP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Statistisches Bundesamt o. D.b; Tempel et al. 2013). Daneben stehen partizipative Ansätze zur Verfügung, die praxisbasierte Evidenz in den Fokus stellen (Tempel et al. 2013). Die Idee ist dabei, im Sinne der Partizipation sowohl die Multiplikatoren/Multiplikatorinnen als auch die betroffene Bürgerschaft gleichberechtigt in den gesamten Prozess miteinzubeziehen (Penz 2008; Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Hier sind insbesondere die partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) sowie der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes für Gesundheitliche Chancengleichheit der BZgA zu nennen (Statistisches Bundesamt o. D.b). Im Rahmen von ‚Good-Practice‘ wurden zwölf Kriterien entwickelt, die den Multiplikatoren/Multiplikatorinnen als praxisnahes Werkzeug zur Reflexion ihrer Arbeit dienen sollen (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit o. D.d). Außerdem werden Erfahrungen aus Projekten, in denen diese Kriterien bereits vorbildlich umgesetzt werden, in einer Praxisdatenbank ausführlich erläutert. (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit o. D.c).

6.1.5 Prävention und Gesundheitsförderung international

Um Prävention und Gesundheitsförderung bestmöglich in bestehende Systeme zu integrieren, ist es entscheidend, Informationen nicht nur vor Ort anzuwenden, sondern flächendeckend auszutauschen und eine Vernetzung von Beteiligten zu schaffen (Schwartz et al. 2016, S. 259–271). „Das Handeln auf lokaler Ebene (im alltäglichen Umfeld der Menschen) muss deshalb systematisch mit dem auf höheren, z. B. regionalen und internationalen Ebenen verbunden werden“ (ebd.). Auf internationaler Ebene gibt es eine Reihe von Organisationen und Netzwerken, die sich im weitesten Sinne mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen (ebd.).

Allen voran übernimmt die WHO weltweit eine wichtige Schlüsselrolle bei Gesundheitsthemen aller Art (Hurrelmann et al. 2010, S. 304). Sie legte den Grundstein für unser heutiges Verständnis von Gesundheit nach dem Ende des zweiten Weltkriegs in der Präambel ihrer Verfassung (World Health Organization 1946). In dieser heißt es unter anderem: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“

Einleitung

(World Health Organization 1946). Dieser Definition wird bis heute eine wichtige visionäre Wirkung mit Einfluss auf die Gesundheitspolitik vieler Länder, auch Deutschland, zugesprochen (Schwartz et al. 2016, S. 40). Seither wirkt die WHO vielfältig, z. B. in Form von Konferenzen, Grundsatzpapieren, Rahmenabkommen oder Informationssystemen zur Evidenzbasierung (Schwartz et al. 2016, S. 68); (Hurrelmann et al. 2010, S. 304). Eins der frühen Grundsatzdokumente der WHO ist die Erklärung von Alma-Ata zur primären Gesundheitsversorgung (1978), die Angebote der Prävention und der Gesundheitsförderung schon in den 70er Jahren als wichtige Maßnahmen in der Primärversorgung aufführte (Weltgesundheitsorganisation 1978). Aktuell wird in Europa vor allem das WHO-Konzept „Health 2020“ als erfolgreicher Katalysator für Veränderungen im Gesundheitswesen gesehen (World Health Organization: Regional Office for Europe 2019; World Health Organization 2013). Mit den Strategien von „Health 2020“ soll die gesundheitliche Ungleichheit in Europa minimiert werden (Kaba-Schönstein 2017b). Ferner ist die WHO maßgeblich beim Ausbau sogenannter interorganisationaler Netzwerke (ION) beteiligt, die einen wesentlichen Teil der Infrastruktur der globalen Prävention und Gesundheitsförderung einnehmen (Dietscher 2012). Ein Beispiel stellt das Netzwerk „WHO Healthy Cities“ mit seinen überregionalen und nationalen Tochter-Netzwerken dar (World Health Organization o. D.).

Eine weitere globale Organisation aus dem Themenbereich PGF ist die *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE). Dabei handelt es sich um einen Verband, der sich für die weltweite Implementierung von Gesundheitsförderung durch Bildung, Gemeindearbeit und politische Fürsprache einsetzt (IUHPE o. D.). Die IUHPE als „Fachorganisation der Professionellen im internationalen Austausch“ (Kaba-Schönstein 2017b) spielt durch die Organisation von Konferenzen und Studien sowie durch die Herausgabe von Fachzeitschriften und Handbüchern eine entscheidende Rolle bei der interorganisationalen Kommunikation.

Neben weiteren international aktiven Institutionen findet man auch regionale Partnerschaften (z. B. EuroHealthNet) sowie national agierende Organisationen mit Vorbildfunktion im Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Public Health Agency of Canada, Gesundheitsförderung Schweiz) (Schwartz et al. 2016, S. 259–271).

6.1.6 Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und Hessen

6.1.6.1 Bundespräventionsgesetz (§ 20 SGB V)

Die gesetzliche Verankerung der PGF im Sozialgesetzbuch (§ 20 SGB V) erfolgte im Juli 2015, nachdem Forderungen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

Einleitung

immer lauter geworden waren (Walter et al. 2015b). Das Gesetz soll „zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ (§ 20 Abs. 1 SGB V). Es definiert die nationalen Gesundheitsziele (§ 20 Abs. 3 SGB V) und benennt als maßgebliche Ansätze verhaltensbezogene Prävention, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20 Abs. 4 SGB V). Eine wichtige Rolle kommt auch den Krankenkassen zu, die dazu verpflichtet werden, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu erbringen (§ 20 Abs. 6 SGB V). Des Weiteren bestimmt das Gesetz die Rahmenbedingungen für die nationale Präventionskonferenz zur Festigung des Präventionsgesetzes (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz o. D.a). Die nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und auszugestalten (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz o. D.a). Dazu zählt unter anderem die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichts und die Vereinbarung einheitlicher Rahmenempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz o. D.b). Diese nationalen Rahmenempfehlungen dienen dazu, die Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger untereinander sowie mit den Zuständigen für die verschiedenen Ebenen Bund, Ländern und Kommunen zu stärken (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz 2018). Sie definieren Gesundheitsziele und „weisen außerdem auf drei wichtige Bedingungen für das Gelingen von Gesundheitsförderung und Prävention hin: die Notwendigkeit einer Bedarfsermittlung vor der Durchführung von Maßnahmen, das Erreichen der Zielgruppen in ihren Lebenswelten (Settings) und die Pflicht zu einer evaluierenden Präventionsberichterstattung“ (Schienkiewitz et al. 2018). Die Empfehlungen gelten zwar für alle Regierungsebenen, sind aber dafür vorgesehen, auf Länderebene durch die „Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie“ weiter verfeinert zu werden (ebd.). Die Bundesrahmenempfehlungen können so unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz o. D.c).

6.1.6.2 Hessen: § 13 HGöGD und Landesrahmenvereinbarung (LRV)

Das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) definiert unter anderem Behörden, Zuständigkeiten und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beim Themenfeld Prävention und Gesundheitsförderung kommt den Gesundheitsämtern und der Gesundheitsberichterstattung eine wesentliche Rolle zu (§ 7 HGöGD). Die hessische Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie stellt einen Vertrag

Einleitung

zwischen den Krankenkassen, den Trägern der Rentenversicherung und den Trägern der Sozialversicherung einerseits sowie dem Land Hessen andererseits dar (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz 2016). Grundlage dafür ist das Bundespräventionsgesetz (§ 20 SGB V) und die in dem Zuge formulierten Bundesrahmenempfehlungen (ebd.). Die hessische LRV übernimmt die Handlungsfelder und Ziele der Bundesrahmenvereinbarung und ergänzt diese um weitere Ziele, z. B. auf Grundlage des „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz 2016). Es werden Grundsätze bezüglich der Koordinierung von Leistungen und zum Informationsaustausch festgelegt (ebd.). Ferner wird der Gesundheitsberichterstattung als Grundpfeiler jeglicher Maßnahmenplanung eine wesentliche Bedeutung beigemessen (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz 2016).

6.1.6.3 Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist laut der deutschen Gesetzgebung eindeutig als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert (Starke et al. 2019). Sie „beschreibt die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und zeigt Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention auf“ (Starke et al. 2019). Grundsätzlich kann Gesundheitsberichterstattung sowohl auf internationaler als auch auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene stattfinden (Ziese und Saß 2020). Eine Vielzahl von Personen kann im Anschluss von den Daten und Analysen der GBE profitieren, dazu zählen beispielsweise Politiker:innen, Gesundheitsfachpersonal, Forschende oder Bürger:innen (Ziese und Saß 2020). Mithilfe der GBE kann eine effiziente Verwendung zur Verfügung stehender Mittel erreicht werden (Statistisches Bundesamt o. D.a). Besonders relevant ist die GBE außerdem in der Gesundheitspolitik, da sie „fundierte Informationen als Grundlagen für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen [liefert]“ (Ziese und Saß 2020). Auf diese Art trägt die GBE zu einer effektiven und nachhaltigen Zusammenarbeit von Wissenschaft und Politik bei (Statistisches Bundesamt o. D.a). Um diese Aufgabenbereiche adäquat erfüllen zu können, muss die Gesundheitsberichterstattung hohen Qualitätsstandards entsprechen, weshalb Leitlinien und Empfehlungen zur fachlichen Orientierung geschaffen wurden (Ziese und Saß 2020). Eine wichtige Rolle spielen in diesem Kontext die Gesundheitsindikatoren, welche die Basis der Gesundheitsberichterstattung bilden (Walter et al. 2020). Durch einheitliche Indikatoren wird die Darstellung zeitlicher Trends und interregionaler Vergleiche ermöglicht (Starke et al. 2019). Die Anforderungen an die Gesundheitsindikatoren sind hoch, da sie sowohl wissenschaftlichen als auch ethischen und politischen Kriterien genügen müssen (Walter et al. 2020). In Deutschland

Einleitung

hat sich ein für alle Bundesländer einheitlicher Indikatorensatz etabliert, auf dem ihre Gesundheitsberichterstattung aufbaut (Walter et al. 2020). Beispiele für geeignete Indikatoren sind die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen (Walter et al. 2020).

Gesundheitsberichterstattung in Hessen

Die hessische Landesregierung setzt das Präventionsgesetz insbesondere über den „Gesundheitsbericht Hessen“ um (Banzer et al. 2016). Dieser soll Handlungsempfehlungen der Prävention und Gesundheitsförderung darlegen, die konkret an den gesundheitlichen Zustand der hessischen Bevölkerung angepasst sind (ebd.). Er hilft maßgeblich bei der Umsetzung des hessischen Präventionsplans „GesundLeben – GesundBleiben“ (ebd.). Neben dieser landesweiten Gesundheitsberichterstattung soll die GBE laut HGöGD auch explizit auf Ebene der Gesundheitsämter stattfinden: Um Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig durchführen zu können, „haben die Gesundheitsämter die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in ihrem Bezirk zu beobachten, zu bewerten und zu beschreiben“ (§ 13 HGöGD).

6.1.6.4 Krankenkassen und Prävention und Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen sind wie oben beschrieben seit 2015 per Gesetz dazu verpflichtet, gewisse Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringen. Nach § 20 Abs. 6 SGB V muss jede Krankenkasse pro Jahr einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro pro Versicherten für eben diese Leistungen ausgeben. Der Betrag ist vor allem für Leistungen in Lebenswelten (§ 20a) und für die betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b) vorgesehen. Der GKV-Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes bestimmt auf Bundesebene verbindlich die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband o. D.a). Neben Grundsätzen und Zielen liefert der Leitfaden außerdem Qualitäts- und Förderkriterien (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Informationen über die erbrachten Leistungen in der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung liefert ein jährlicher Präventionsbericht (GKV-Spitzenverband o. D.c). Die gesetzlichen Sozialversicherungen bzw. deren Spitzenorganisationen sind auch Mitglieder der nationalen Präventionskonferenz und sind somit maßgeblich an der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie beteiligt (GKV-Spitzenverband o. D.b).

6.1.6.5 BZgA und Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde, die ihren Fokus im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hat (BZgA 2019a). Die Zielsetzungen der BZgA

Einleitung

zur Gesundheitsförderung und Prävention sind stark an die Grundsätze der WHO angelehnt (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.b). Aktuelle Schwerpunkte der BZgA sind die Entwicklung nationaler Programme und der Umgang mit Gemeinschaftsaufgaben, zu denen insbesondere Evaluation und Qualitätssicherung zählen (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.a). Damit wird ihr eine wichtige Rolle in der Entwicklung einer evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung zugeschrieben (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.c). Außerdem fördert die BZgA internationale (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.b) sowie nationale Kooperationsbildung (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.c). Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit beispielsweise wird maßgeblich durch die BZgA getragen (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.c). Das Ziel dieses Verbundprojektes ist es, allen Menschen die gleichen gesundheitlichen Chancen zu ermöglichen. Dazu „schafft der Kooperationsverbund den fachlichen Rahmen und unterstützt den Austausch als Schnittstelle zwischen Praxis, Wissenschaft und politischer Entscheidungsebene“ (ebd.). Ein Produkt zur Verknüpfung von Theorie und Praxis ist beispielsweise der Good Practice-Ansatz mit seinen zwölf Kriterien (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit 2021). Eine weitere wichtige Aktivität des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ in dessen Zuge Gemeinden, Städte und Landkreise zusammenarbeiten (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung o. D.c). Im Vordergrund steht dabei der Aufbau von Präventionsketten (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit o. D.a).

Hessen: HAGE/KGC

Die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) ist ein gemeinnütziger Verein, der sich für die Etablierung und Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ganz Hessen einsetzt (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) o. D.a). Die HAGE stellt ein Forum zur Vernetzung, aktiven Mitarbeit und fachlichen Weiterbildung dar (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) o. D.a). Sie sieht sich „als Brückeninstanz zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik“ (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) o. D.a). So arbeitet die HAGE beispielsweise eng mit der hessischen Landesregierung zusammen und unterstützt die Entwicklung der hessischen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention (Banzer et al. 2016). Des Weiteren wirkt der Verein über die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hessen (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) o. D.b).

Einleitung

Diese setzt sich auf Landesebene für das Ziel ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘ des bundesweiten Verbundes ein (ebd.) Neben der Qualitätsentwicklung steht dabei die Förderung des kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“ im Vordergrund (ebd.).

6.1.7 Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

6.1.7.1 Landkreis und Projekt „Gesundheit fördern, Versorgung stärken“

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf kann in dem Themenfeld Gesundheit eine Reihe von Projekten vorweisen, die im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung anzusiedeln sind. Beispielsweise ist der Landkreis Mitglied im kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ und in dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Des Weiteren wurde im Jahre 2016 die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ gegründet (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Diese wird gemeinsam vom Landkreis Marburg-Biedenkopf mit seinen Städten und Gemeinden und der Universitätsstadt Marburg in enger Zusammenarbeit mit der hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) getragen (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a, 2017a, 2017a). Das Projekt zielt darauf ab, durch Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheit und Lebensqualität der Bürger:innen des Landkreises und der Universitätsstadt weiter zu verbessern (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Durch die Initiative soll die Gesundheitsplanung in der Region erleichtert werden (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). „Um eine solche umfassende Gesundheitsplanung umzusetzen wurden im Rahmen der Initiative ein Präventionsplan sowie ein Versorgungsplan entwickelt“ (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Der Versorgungsplan dient dabei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.d).

Verantwortlich für die Steuerung der Präventions- und Versorgungsplanung ist ein Kernteam mit festen Mitgliedern, das von einem Beirat aus Wissenschaftler:innen und anderen Expert:innen unterstützt wird (Wollenberg et al. 2019). Ferner gibt es noch angegliederte Arbeitskreise, eine jährlich tagende Präventions- sowie Versorgungskonferenz (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Die Initiative hat gemäß dem Modell der Zielentwicklung Gesundheitsziele definiert, die „die Arbeitsgrundlage für die Weiterentwicklung und Umsetzung des integrierten Präventionsplans ‚Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität‘ [bilden]“

Einleitung

(Landkreis Marburg-Biedenkopf 2021c). Die drei wesentlichen Ziele sind ‚Gesund aufwachsen‘, ‚Gesund bleiben‘ und ‚Gesund altern‘ (Landkreis Marburg-Biedenkopf 2021c).

6.1.7.2 Präventionsplan und Kooperation mit der Techniker Krankenkasse

Ein wesentlicher Bestandteil der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ ist der bereits erwähnte Präventionsplan „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Er möchte mit seiner integrierten Handlungsstrategie dazu beitragen, durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten die Entwicklung in den Kommunen positiv zu beeinflussen und mehr Verständnis für das Themenfeld zu generieren (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Der Präventionsplan „soll die Gesundheit und die Lebensqualität sowie das Wohlbefinden der Bevölkerung nachhaltig verbessern, die individuellen Ressourcen der Menschen stärken und die gesundheitliche Chancengleichheit fördern“ (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Dabei verfolgt er einen interdisziplinären Ansatz gemäß der WHO Strategie „Health in All Policies“ und setzt vermehrt auf eine partizipative und ressourcenorientierte anstelle einer defizitorientierten Herangehensweise (Wollenberg et al. 2019). Grundlage für den Präventionsplan sind auf nationaler Ebene das Präventionsgesetz der Bundesregierung, der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes und die Grundsätze der Nationalen Präventionskonferenz (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Auf Landesebene spielen insbesondere die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nach HGÖGD eine Rolle (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Inhaltlich liegt der Fokus des Präventionsplans auf den spezifischen Gesundheitszielen des Landkreises und der Universitätsstadt, die den Agierenden vor Ort als Ansatzpunkt für die Entwicklung neuer gesundheitsförderlicher Maßnahmen dienen sollen (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Diese werden kontinuierlich in enger Zusammenarbeit von Geschäftsstelle und Präventionsnetzwerk weiterentwickelt (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c).

Ein wichtiges Bestreben der landkreisweiten Handlungsstrategie ist die Partizipation aller im Setting involvierten Gruppen. Maßnahmen der PGF sollen zunehmend an die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen des Landkreises angepasst werden (Wollenberg et al. 2019). Dementsprechend sollen möglichst vielseitige Bedarfs- und Bedürfnisanalysen im Landkreis sowie in der Universitätsstadt Marburg durchgeführt werden (Wollenberg et al. 2019). Diese fließen dann neben vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten mit in die Gesundheitsberichterstattung des Land-

Einleitung

kreises ein (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.b). „Damit ist eine zielgerichtete Bedarfsplanung nach Lebensphasen in den Kommunen möglich, anhand derer die kommunalpolitischen Entscheidungsträger die notwendigen strategischen und strukturellen Rahmenbedingungen festlegen können“ (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.b).

In einer Pressemitteilung wurde Ende 2017 bekanntgegeben, dass die Umsetzung des Präventionsplans für fünf Jahre von der Techniker Krankenkasse gefördert wird (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf 2017b). Diese Kooperation erfolgt in Form des Programms „Gesunde Kommune“ und soll eine möglichst frühe Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in der Initiative bewirken (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf 2017b). Die TK beteiligt sich insbesondere durch die Finanzierung des Präventionsplan und von neu entwickelten Maßnahmen (Die Techniker Krankenkasse o. D.). Außerdem ist die Krankenkasse in dem Kernteam der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ mit einem Mitglied repräsentiert (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Die rechtliche Grundlage für die Kooperation bilden das Präventionsgesetz (PrävG) und das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.c). Dabei ist die Mitgliedschaft des Landkreises und der Universitätsstadt in dem Gesunde Städte-Netzwerk eine entscheidende Voraussetzung für die Förderung (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf 2017b).

6.1.8 Die Bedarfs-/Bedürfnisanalyse

Am Anfang des Gesundheitsförderungsprozesses steht die möglichst systematische Ermittlung des Handlungsbedarfs (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Wenn man sich an dem Public Health Action Cycle orientiert, findet dies z. B. in der Phase der Problemdefinition statt (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Aufgrund der meist kleinräumigen Maßnahmenumsetzung ist es sinnvoll, auch die Bedarfsbestimmung primär kleinräumig durchzuführen (Schienkiewitz et al. 2018). Dabei ist das Ziel einer solchen Analyse, einen „Eindruck von der gesundheitlichen Gesamtsituation in einer Kommune zu gewinnen“ (Plattform Ernährung und Bewegung e.V 2014). So können Leistungen auf die unterschiedlichen Zielgruppen zugeschnitten und gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021). Außerdem soll im Zuge der Bedarfsbestimmung die Zusammenarbeit der Ämter, Krankenkassen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen und letztlich der betroffenen Bürger:innen bes-

Einleitung

ser koordiniert und Gelder zielgerichtet eingesetzt werden. Für eine hohe Qualität der Bedarfsanalyse bietet es sich an, verschiedene Informationsquellen miteinzubeziehen (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011c) sowie qualitative und quantitative Methoden miteinander zu kombinieren (Kassel et al. 2017b). Es können auch schon vorhandene Angebote und Ressourcen gesichtet werden (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014), um hilfreiche Vorerfahrungen aus anderen Projekten zu mobilisieren (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Des Weiteren kommt im Rahmen der Bedarfsbestimmung der kleinräumigen Analyse gesundheitsbezogener Daten (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014) sowie partizipativen Ansätzen eine entscheidende Rolle zu (pq-HIV).

6.1.8.1 Quantitative Analysen gesundheitsbezogener Daten auf kommunaler Ebene

Im Rahmen der quantitativen Betrachtung stellen beispielsweise Daten der lokalen Gesundheitsberichterstattung wichtige Ansatzpunkte dar (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Die Gesundheitsberichterstattung findet z. B. auf Ebene der Kommunen, Stadtteile oder Quartiere statt (Ziese und Saß 2020) oder kann aus den kreisbezogenen Daten der GBE der Länder entnommen werden (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014). Die Datensituation für kleinräumige Analysen ist i. d. R. prekärer als für großräumige (Ziese und Saß 2020). Dennoch stellt die Analyse der vorhandenen Daten ein maßgebliches Instrument zur lokalen Bestands- und Bedarfserhebung dar (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014). „Voraussetzung dafür ist der Zugang zu soziodemografischen, sozialstrukturell und regional differenzierten Daten. Diese sollten qualitätsgesichert erhoben worden sein“ (Starke et al. 2019). Analog zu dem Vorgehen auf Ebene von Bund und Ländern werden auch für die kommunale Berichterstattung bestimmte Gesundheitsindikatoren herangezogen, die Aufschluss über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung liefern können (Walter et al. 2020). Dabei sollten die entsprechenden gesundheitsbezogenen Basisindikatoren auch in ihrem zeitlichen Verlauf und im Vergleich mit Referenzwerten betrachtet werden (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014).

6.1.8.2 Qualitative Analysen: zielgruppenorientierte Befragungen

Qualitative Methoden der Bedarfsbestimmung sollten im Sinne der partizipativen Präventionsforschung zielgruppenorientiert vorgehen (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011c). Die Zielgruppe(n) können schon bei der Bedarfsanalyse bedeutende Informationen für die Projektplanung beisteuern (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014). Dabei kann der Bedarf der Zielgruppe von der jeweiligen Personengruppe selbst oder von außen stehenden Personen bestimmt wer-

Einleitung

den (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011c). Zur bestmöglichen Umsetzung der Partizipation ist die Mit-einbeziehung möglichst aller Beteiligten in die Bedarfserhebung erstrebenswert (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Konkret schließt dies neben der Berücksichtigung der Zielgruppe auch die Perspektiven von z. B. Projektmitarbeiter:innen, Geldgeber:innen und Forschenden mit ein (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011c). Dementsprechend bieten sich z. B. Befragungen kommunaler Praktiker:innen an (Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2014). Nicht nur ihr fachliches und praktisches Wissen kann so effizient genutzt werden, es erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse der Bedarfsanalyse später genutzt werden (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011a). Außerdem wird die Entstehung eines kommunalen Netzwerkes begünstigt (Biedermann und et al. 2012). Die eigentliche Zielgruppe kann beispielsweise über Bürgerforen, Fokusgruppen oder qualitative Interviews erreicht werden (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V 2020). Auch Gesundheitszirkel oder -werkstätten sind beliebte Instrumente, um die betroffenen Bürger:innen miteinzubeziehen (GKV-Spitzenverband 2000 i. d. F. von 2021).

Best Practice: „Radix“ – Schweiz

Bei der kleinräumigen Bedarfsanalyse kann man sich z. B. an der Praxishilfe des Schweizer Kompetenzzentrums „Radix“ orientieren (Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX o. D.a) (Carlo et al. 2014). Dieses hat Vorlagen, sogenannte ‚Arbeitsinstrumente‘, für vor Ort durchführbare Bedarfsanalysen entworfen und stellt sie öffentlich zur Verfügung (Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX o. D.b). Die Befragungen von Schlüsselpersonen zur Ableitung von Handlungsstrategien können somit besser strukturiert und Maßnahmen bedarfsgerecht geplant werden (Caspar 2014). Als Vorlagen wurden drei Arbeitsblätter entworfen, die den Schwerpunkt auf unterschiedliche Bereiche legen (Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX o. D.a). Differenziert wird zwischen der Erfassung von vorhandenen Angeboten, von Problemen und von erwünschten weiteren Maßnahmen (ebd.). Es wird darauf hingewiesen, dass die Praxishilfe vor der Anwendung an die individuellen Gegebenheiten einer Gemeinde angepasst werden sollte (ebd.). Obwohl sie bisher vor allem in kleinräumigen Analysen umgesetzt wurden, kann der Ansatz als Vorbild für größer angelegte Analysen dienen (Caspar 2014).

6.2 Ziel der Forschungsarbeit/Fragestellung

Bei der genaueren Auseinandersetzung mit Prävention und Gesundheitsförderung wird schnell klar, dass es sich hierbei um ein vielschichtiges Themenfeld handelt, dem professionell und strukturiert begegnet werden muss. Einige Maßnahmen sind schon fest in der Gesellschaft verankert und für weite Teile der Bevölkerung verfügbar (Schwartz et al. 2016, S. 187–239). Dennoch steht die Gesellschaft insbesondere im Angesicht des demografischen Wandels und der sogenannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ vor komplexen Problemen, aus denen sich wiederum große gesundheitliche Potentiale ergeben (Walter et al. 2015a). Diese gesundheitlichen Probleme und Potentiale gilt es, möglichst strukturiert zu erfassen, damit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gemäß dem Grundsatz ‚Daten für Taten‘ spezifisch an die jeweils aktuelle Situation angepasst werden können (Fröhlich-Gildhoff und Trojan 2018). Diese handlungsorientierte Anpassung von Strategien trägt dann im besten Falle zu einer Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen bei (Walter et al. 2020). Aufgrund der regional unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen und den daraus resultierenden individuellen Gegebenheiten eignet sich die Ebene der Kommune/Quartiere/Stadtteile besonders gut als Ansatzpunkt für die Umsetzung bedarfs- und fachgerechter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (Walter et al. 2015b). Dementsprechend sollte auch auf ebendieser kleinräumigen Ebene die Durchführung von Analysen bezüglich der aktuellen Situation, der Probleme sowie der Bedarfe und Bedürfnisse erfolgen (Schienkiewitz et al. 2018). Im Anschluss können Interventionen entwickelt werden, die vorhandene Ressourcen aufgreifen und den spezifischen Gegebenheiten vor Ort gerecht werden (Kassel et al. 2017a).

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat Rahmen der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ ein integriertes Handlungskonzept zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung aufgestellt. Dahingehend sollen in Zukunft vermehrt Projekte in die Wege geleitet werden, die den Gesundheitszustand sowie das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung weiter verbessern (Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf o. D.a). Ein wichtiger Kooperationspartner ist dabei die Techniker Krankenkasse, die die Umsetzung des Präventionsplans fördert (Landkreis Marburg-Biedenkopf 2021d). Trotz der motivierten administrativen Einheit und der gegebenen finanziellen Abdeckung ist weitestgehend unklar, in welchen Bereichen diese Maßnahmen am dringendsten benötigt werden bzw. am besten ihre Wirkung entfalten können (Wollenberg et al. 2019). Um dies zu erarbeiten, sollen im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung unterschiedliche Bedarfs-/Bedürfnisanalysen durchgeführt werden (Wollenberg et al. 2019). Dabei wurde u.a. das Institut für Versorgungsforschung

Einleitung

und Klinische Epidemiologie (IVE) der Philipps-Universität Marburg beauftragt. Die Analyse des IVE soll zum einen aus leitfadengestützten Interviews und zum anderen aus einer Small Area Estimation (SAE) bestehen. Die Interviews sind dafür vorgesehen, durch persönliche Gespräche mit maßgeblichen Akteuren/Akteurinnen vor Ort qualitative Ergebnisse zu liefern. Die SAE hingegen dient der Gewinnung empirischer Daten zu Demographie, Sozialfaktoren und geschätzter gesundheitlicher Lage, die ebenfalls auf die einzelnen Gemeinden, Städte und Stadtteile heruntergebrochen sind.

Es erscheint wahrscheinlich, dass man im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt jenen Herausforderungen begegnen wird, die aktuell auch deutschland- bzw. landesweit als problematisch gesehen werden (Robert Koch-Institut 2015). Dazu zählen v.a. ‚Zivilisationskrankheiten‘ wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen (Banzer et al. 2016). Dabei sind je nach Wohlstand, Lage, Migrationsanteil etc. regionale Unterschiede zu erwarten: „Mehr und mehr wirkt sich auch die geografische Verteilung der Bevölkerung in den verschiedenen Regionen in Hessen auf die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen aus“ (Banzer et al. 2016). Auch die Arbeitslosenquote ist in Hessen ungleichmäßig verteilt: „In den Stadtregionen sind in der Regel mehr Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen als in den ländlichen Gebieten“ (KGC Hessen und Träger HAGE e.V. 2018). Es ist davon auszugehen, dass sich diese regionalen Unterschiede z.B. auch in Morbidität und Mortalität widerspiegeln, da ein niedriger sozioökonomischer Status oftmals mit einer verringerten Lebenserwartung einhergeht (Lampert und Kroll 2014) und Erwerbslose i.d.R. häufiger krank sind als Erwerbstätige (Buntenbach 2010). Des Weiteren erwartet man z.B., dass das kulturelle Angebot geringer wird, je peripherer eine Gemeinde/Stadt gelegen ist. All diese regionalen Unterschiede könnten möglicherweise auch in der Small Area Estimation gefunden werden sowie unterschiedliche geäußerte Probleme und Bedarfe in den Experteninterviews mit sich bringen.

Insgesamt wird angestrebt, mithilfe der Schätzungen der SAE sowie der Gespräche mit den Akteuren/Akteurinnen vor Ort ein möglichst realistisches Abbild der tatsächlichen Situation vor Ort zu erhalten, um im Anschluss maßgeschneiderte Handlungsempfehlungen für Maßnahmen ableiten zu können. Ferner wird gewünscht, dass durch die Interviews eine Vernetzung der Befragten entsteht sowie bereits vorhandene erfolgreiche Projekte (Best Practice) identifiziert werden, die in anderen Teilen des Landkreises als Vorbild für neue Maßnahmen dienen können. In dieser Arbeit soll der Fokus der Betrachtung auf den beiden Altersgruppen der Erwachsenen zwischen dem 19. und 64. Lebensjahr und Senioren/Seniorinnen ab dem 65. Lebensjahr sowie auf einigen

Einleitung

vulnerablen Gruppen liegen: Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen, die in Armut leben, Menschen mit Behinderung und Alleinerziehende.

Die Kernfragen dieser Dissertation sind folgende:

Small Area Estimation

- Wie präsentieren sich Demographie und Sozialfaktoren (Regionenzuordnung, Bevölkerungsstruktur, sozioökonomischer Status und soziale Unterschiede, Altersstruktur und Altersstandardisierung) im Landkreis Marburg-Biedenkopf?
- Wie gestaltet sich die auf die Region übertragene gesundheitliche Lage für Personen mittleren Lebensalters und für Senioren/Seniorinnen anhand der Variablen Depression, Krebs, Adipositas, Diabetes, Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Polypharmazie sowie Multimorbidität und Pflegebedarf sowie Hospitalisierung?
- Gibt es bei den genannten Variablen nennenswerte regionale Unterschiede? Lassen sich aus diesen Unterschieden individuelle Handlungsempfehlungen bzw. Bedarfe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ableiten?

Experteninterviews

- Welche vorhandenen Potentiale werden in den Kommunen des Landkreises genannt? Welche Strukturen und Organisationen gibt es bereits, die die Gesundheit der Menschen in den verschiedenen Altersgruppen fördern oder verhindern, dass sie überhaupt krank werden bzw. die sich bereits im gesundheitsfördernden bzw. präventiven Bereich engagieren? Gibt es besondere Modellprojekte im Sinne der Best-Practice-Idee?
- Welche Probleme und Risiken bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung werden in den Kommunen wahrgenommen? Gibt es besondere Risiken für die verschiedenen Altersgruppen bzw. vulnerablen Gruppen, die typischerweise durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu bekämpfen wären?
- Wie ist der Bedarf an Maßnahmen bzw. welche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden von den Interviewten erwünscht? Gibt es bereits konkrete Vorschläge zur gesundheitlichen Zukunft der Kommunen? Gibt es Projekte, die die Interviewten selbst angehen könnten oder für die sie Hilfe von übergeordneten Organisationen benötigen würden?

Einleitung

Gegenüberstellung

- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich beim Vergleich der beiden Analysen herausarbeiten?
- Entsprechen allgemeine gesundheitliche Trends und Modellierungen der Small Area Estimation auch der Wahrnehmung aus der Praxis? Ergeben sich in den Interviews Problematiken, die zuvor noch nicht bekannt waren?

7 Material und Methoden

Grundsätzlich folgte das methodische Vorgehen einer qualitativen Forschungsstrategie mit dem Ziel, ein möglichst breites Meinungsbild zur aktuellen Situation und Potentialen bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf zu erhalten. Die qualitativ per Experteninterview erhobenen Daten wurden durch eine quantitative Analyse der geschätzten Prävalenzen wesentlicher präventabler Erkrankungen auf der Basis einer Small Area Estimation ergänzt, sodass ein Mixed-Methods-Ansatz vorliegt. Der Schwerpunkt dieser Arbeit lag dabei auf den beiden Altersgruppen der Erwachsenen und Senioren/Seniorinnen.

Die Umsetzung der Small Area Estimation erfolgte maßgeblich durch das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) der Philipps-Universität Marburg. Freundlicherweise durfte im Rahmen dieser Dissertation auf die vorhandenen Analysen zugegriffen werden.

7.1 Analyse der gesundheitlichen Lage in der Region mittels Small Area Estimation

Die Analyse nutzt das Repertoire der Small Area Estimation (SAE). Dabei werden überregional vorliegende statistische Daten herangezogen und so modelliert, dass Informationen über einzelne Subregionen des Landkreises Marburg-Biedenkopf gewonnen werden können. Dies ist notwendig, da Datensätze der Bundes- oder Landesebene nicht ausreichend genau für Aussagen über kleinräumige Gebiete wie Landkreise oder Subregionen innerhalb von Landkreisen sind (Kroll und Lampert 2012). Die SAE stellt einen statistischen Ansatz dar, der eine Schätzung der gewünschten Indikatoren ermöglicht (Kroll und Lampert 2012). „Bei der Small-Area-Estimation wird die Prävalenz in den kleinräumigen Gebieten nicht direkt aus der Stichprobe, sondern indirekt aus dem Zusammenhang zwischen der – über Regionalindikatoren abgebildeten – Sozialstruktur der kleinräumigen Gebiete und der Prävalenz des Outcomes auf der Individualebene ermittelt“ (ebd.). Mit anderen Worten bedeutet dies, dass durch die Berücksichtigung der kleinräumigen Sozialstruktur Prävalenzen groß angelegter Studien an die Subregionen angepasst und erwartete Prävalenzen angegeben werden können. Um zuverlässige Schätzungen abgeben zu können, sollten die Regionalindikatoren im besten Fall mit dem abhängigen Merkmal der Individualebene assoziiert sein (ebd.).

Abbildung 1 zeigt das Prinzip, das der Small Area Estimation zugrunde liegt.

Material und Methoden

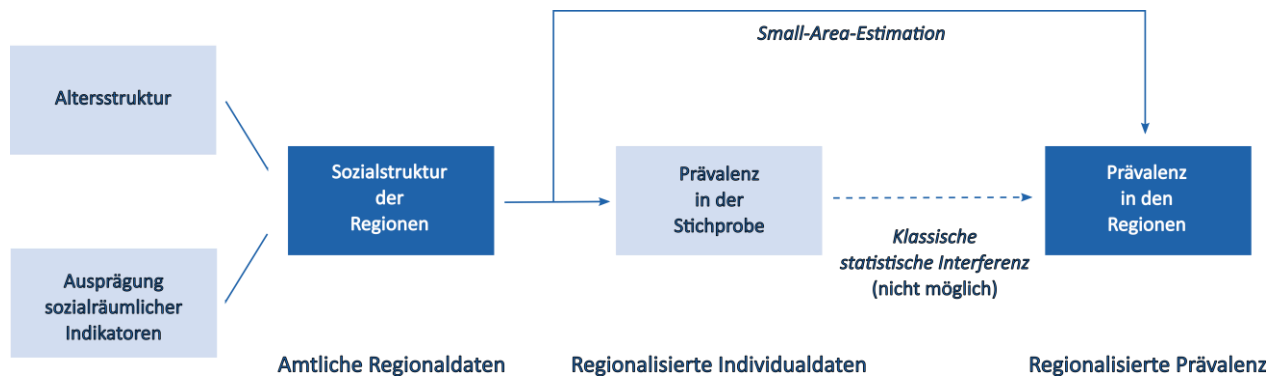


Abbildung 1: Untersuchungsmodell einer Small Area Estimation zur Prävalenzschätzung (Robert Koch-Institut 2012)

7.1.1 Auswahl der Daten

Die Daten zur Alters- und Bevölkerungsstruktur sowie zu den (Familien-)Einkünften stammen aus der Hessischen Gemeindestatistik 2017 (Hessisches Statistisches Landesamt 2017).

Für die Berechnung der gesundheitsrelevanten Merkmale wurde jeweils die räumlich kleinste verfügbare Datengrundlage gewählt, sodass einige Merkmale aus den vorliegenden Statistiken aus dem Bundesland Hessen, andere aus dem Bundesgebiet entnommen wurden.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Form des Berichts „Gesundheit in Deutschland“ (Robert Koch-Institut 2015) wurde für Daten zu den Kapiteln Krebs, Diabetes mellitus, Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Multimorbidität und Polypharmazie sowie Hospitalisierung und Pflegebedarf herangezogen. Für Angaben im Themenfeld der psychischen Erkrankungen und insbesondere Depression wurde maßgeblich auf den Versorgungsreport 2015/16 des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zugegriffen (Klauber et al. 2016). Auskunft über die regionalen Versorgungsunterschiede der psychischen Erkrankungen gab ein Artikel der Fachzeitschrift „Die Psychiatrie“ (Thom et al. 2015). Im Kapitel über Krebserkrankungen dienten die hessischen Inzidenz- und Mortalitätsdaten aus dem Jahre 2011 als weitere Datenbasis (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2015). Informationen über Diabetes mellitus wurden aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahre 2011 (Heidemann et al. 2011) sowie aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA) (Robert Koch-Institut 2014b) entnommen. Der „Gesundheitsbericht Hessen“ lieferte landesbezogene Zahlen zur Erkrankung Diabetes mellitus (Banzer et al. 2016). Regionale Unterschiede am Beispiel von Diabetes und Adipositas konnten auf Grundlage einer Analyse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA) (Robert Koch-Institut 2012) interpretiert werden. Weitere Daten zu

Material und Methoden

Übergewicht und Adipositas wurden einem Artikel des Robert Koch-Instituts (Schienkiewitz et al. 2017) und einer Publikation der WHO Europe über die damit verbundenen Herausforderungen und Strategien entnommen (Weltgesundheitsorganisation 2007). Angaben über die Rubrik Rückenschmerzen erfolgten auf Grundlage zweier Artikel in den Fachzeitschriften „Spine“ (Schmidt et al. 2007) und dem Bundesgesundheitsblatt (Kuntz et al. 2017). Das Kapitel über Herz-Kreislaufkrankungen stützt sich auf zwei Artikel des Robert Koch-Instituts über die koronare Herzkrankheit (Busch und Kuhnert R. 2017a) und Schlaganfälle in Deutschland (Busch und Kuhnert R. 2017b). Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (Knopf und Grams 2013) sowie der Arzneiverordnungsreport 2017 (Schröder und Telschow 2017) lieferten zusätzliche Informationen zum Thema Polypharmazie. Der Pflegebedarf wurde mithilfe der Auswertung der Pflegestatistik der Hessenagentur (Frings und Herdt 2010), statistischen Daten der Bertelsmann Stiftung (Bertelsmann Stiftung 2018) und statistischen Berichten des hessischen statistischen Landesamtes analysiert (Hessisches Statistisches Landesamt 2016).

7.1.2 Indikatoren/Merkmale

Inhaltlich stand zunächst die Analyse von Demographie und Sozialfaktoren im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Fokus. Dabei erfolgten neben der Regionenzuordnung auch eine Analyse der Bevölkerungsstruktur, bevor Aussagen zum sozioökonomischen Status und zu sozialen Unterschieden im Landkreis getroffen wurden. Des Weiteren wurde auf die Altersstruktur und Altersstandardisierung eingegangen. Im zweiten Teil lag der Schwerpunkt auf der geschätzten bzw. auf die Region übertragenen gesundheitlichen Lage für Personen mittleren Lebensalters und für Senioren/Seniorinnen. Die gesundheitliche Situation wurde dabei anhand der Variablen Depression, Krebs, Adipositas, Diabetes, Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Polypharmazie und Multimorbidität sowie Pflegebedarf und Hospitalisierung erläutert. Die Auswahl der berichteten Variablen erfolgte zum einen auf der Basis der Bedeutung für die langfristige Gesundheit bzw. Lebensqualität der verschiedenen Altersgruppen sowie deren Veränderbarkeit mithilfe von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und zum anderen auf der Basis der Verfügbarkeit entsprechender Vergleichsdaten.

7.1.3 Modellierung und Interpretation

Um die gesundheitliche Lage in der Region zu beschreiben, wurde eine Dokumentenanalyse mit anschließender Tertiärdaten-Analyse mittels Small Area Estimation umgesetzt. Durch die Small Area Estimation wurden die Bevölkerungsmerkmale regional modelliert, um hieraus eine Vorhersage für die kleinräumige Verteilung von gesundheitsrelevanten Merkmalen innerhalb der

Material und Methoden

Kommunen treffen zu können. Für den Landkreis Marburg-Biedenkopf wurden die Bevölkerungszahlen zunächst im Hinblick auf die spezifische regionale Altersstruktur angepasst. Sofern in der Literatur keine altersabhängigen Prävalenzen eines Merkmals verfügbar waren, wurde eine Altersstandardisierung auf Grundlage der deutschen Standardbevölkerung realisiert. Da die Altersstruktur in den Kommunen des Landkreises leicht von jener der deutschen ‚Standardbevölkerung‘ abweicht, wurden die Daten anschließend anhand der Altersverteilung der einzelnen Subregionen gewichtet. Des Weiteren erfolgte eine Adaptation der Daten an den Sozialstatus bzw. den sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Grund dafür ist, dass in der Forschung vielfach gefunden wurde, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer höheren Krankheitslast einhergeht (Lampert und Hoebel 2019). Da für die Modellierung keine Daten über Individuen verfügbar waren, die auch in die aggregierten Statistiken einfließen, wurde die mittlere Abweichung vom Familieneinkommen der Region als Modellierungsansatz gewählt.

Am folgenden Beispiel wird das Vorgehen der Modellierung veranschaulicht: Zunächst wird ein zu analysierender Indikator gewählt. Das könnte zum Beispiel die Prävalenz von Adipositas sein, die in Deutschland bei den über 65-Jährigen bei 20,9% (Männer) bzw. bei 21,3% (Frauen) liegt (Schienkiewitz et al. 2017). Für die Prävalenz von Adipositas wurde gefunden, dass sie mit einem höheren Lebensalter sowie bei einigen Altersgruppen auch mit einem niedrigeren sozialen Status ansteigt (Schienkiewitz et al. 2017). Möchte man nun aus den großräumigen Analysen eine Aussage für eine Subregion, wie z. B. die Stadt Neustadt, ableiten, können die vorliegenden Daten anhand der spezifischen Altersstruktur und anhand des Sozialstatus der entsprechenden Kommune modelliert werden. Bei diesem Beispiel wurde die Prävalenz für Adipositas bei den über 65-Jährigen in Neustadt auf ca. 24,5% (Männer) bzw. ca. 25% (Frauen) geschätzt. Analog zu diesem Beispiel wurden die genannten Indikatoren nach den einzelnen Altersgruppen und Subregionen sowie nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt und Schätzungen ausformuliert. Die Ergebnisse wurden genutzt, um thematische Landkarten und Balkendiagramme zu erstellen. Es folgte eine Interpretation der Schätzungen, in der i. d. R. bewertet wurde, welche Kommunen die jeweiligen Kleinst- und Höchstwerte der Schätzungen hatten. Geschlechterunterschiede wurden herausgearbeitet und das Ausmaß der Varianz innerhalb des Landkreises bewertet. Außerdem wurde verglichen, wie der Landkreis sich bezogen auf die Modellierung eines Merkmals im Vergleich zu Deutschland, Hessen bzw. Mittelhessen einordnen lässt. Ferner wurden zu Beginn einiger Kapitel allgemeine Hintergrundinformationen und Definitionen zu den jeweiligen Indikatoren übersichtlich zusammengestellt.

7.2 Experteninterviews

Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Akteuren/Akteurinnen der Gemeinden, Städte und Stadtteile der Region geführt, die aufgezeichnet und anschließend im Hinblick auf die Kernaussagen zusammengefasst wurden.

Die verwendete Methodik lässt sich als Experteninterview einordnen. Es wurden mit der Thematik vertraute Fachleute nach ihrem Wissen befragt (Naderer und Balzer 2007). Da aber auch subjektive Theorien durch offene Fragen erfasst wurden, können die durchgeführten Interviews zugleich auch den diskursiv-dialogischen Interviews zugeordnet werden (ebd.). Des Weiteren handelte es sich mit nur einer Ausnahme um sogenannte Tandeminterviews, die von zwei Interviewenden durchgeführt wurden (ebd.). Aufgrund der Anzahl der Interviewten mit meist mindestens zwei Teilnehmenden pro Interview hatte das Vorgehen außerdem mit einer Ausnahme den Charakter von Gruppeninterviews bzw. Gruppengesprächen oder -diskussionen (ebd.).

7.2.1 Erstellung des Leitfadens

Zur Wissensorganisation sollte ein semistrukturierter Interviewleitfaden gemäß dem Grundsatz „So offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ (Helfferich 2014) entwickelt werden. Der Leitfaden sollte also dazu dienen, zum einen eine Struktur vorzugeben, die die Interviews vergleichbar macht, während er zugleich die nötige Offenheit für das freie Erzählen bieten sollte (Helfferich 2014). Das methodische Vorgehen orientierte sich dabei an der Praxishilfe zur bedarfsgerechten Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde, die vom Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention (RADIX) publiziert wurde (Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX o. D.a). Auf dieser Basis erfolgte zunächst ein Brainstorming, um relevante Fragen für die Ziele der Forschungsarbeit zusammenzutragen. Im Anschluss wurden die gesammelten Fragen sortiert, zentrale Fragen herausgearbeitet und Themenblöcke gebildet. Dabei bildeten sich folgende Hauptkategorien heraus:

- 1) Vorhandene Potentiale: Strukturen und Organisationen in der Gemeinde, die die Gesundheit der Menschen in den verschiedenen Altersgruppen fördern oder verhindern, dass sie überhaupt krank werden bzw. die sich bereits im gesundheitsfördernden bzw. präventiven Bereich engagieren.
- 2) Probleme und Risiken: Besondere Risiken für die verschiedenen Altersgruppen, die typischerweise durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu bekämpfen wären.

3) Bedarf/Erwünschte Maßnahmen: Vorschläge zur gesundheitlichen Zukunft der Gemeinde. Bedarf für gesundheitsfördernde bzw. präventive Projekte, die die Interviewten selbst in ihrer Gemeinde angehen könnten oder für die sie Hilfe von übergeordneten Organisationen benötigen würden.

Diese drei Kategorien wurden jeweils bezogen auf die folgenden vier Altersgruppen thematisiert: Kinder bis 12 Jahre, Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, Erwachsene zwischen dem 19. und 64. Lebensjahr und Senioren/Seniorinnen ab dem 65. Lebensjahr. Zudem wurden einige vulnerable Gruppen miteinbezogen: Menschen mit Migrationshintergrund, in Armut lebende Menschen, Menschen mit Behinderung und Alleinerziehende.

Im nächsten Schritt wurden die Fragen innerhalb der Haupt- und Subkategorien sowie eine Intervieweinführung ausformuliert. Der fertige Interviewleitfaden und die enthaltenen Fragen wurden anschließend in Form eines Probeinterviews geprüft. Dieses erfolgte mit den zwei Interviewenden sowie einem Mitarbeiter des IVE. Das Ziel war es, ein Gespür für geeignete Formulierungen zu bekommen sowie Lücken und zu überladene Fragen des Leitfadens aufzudecken und anzupassen (s. Anhang 13.2).

Neben dem Leitfaden wurden sowohl für die zwei Interviewenden als auch für die Interviewten Schemata der Interviewstruktur entworfen, die die Funktion einer Art Checkliste hatten, also einen erleichterten Überblick über bereits besprochene Themengebiete bzw. noch nicht beachtete Aspekte bieten sollten. In tabellarischer Form waren hier zum einen die zu besprechenden Altersgruppen und vulnerablen Gruppen und zum anderen die drei Schwerpunkte ‚Strukturen‘, ‚Probleme‘ und ‚Bedarfe‘ aufgeführt (s. Anhang 13.3).

7.2.2 Auswahl der Interviewteilnehmenden

Im Herbst/ Winter 2016/17 stellten zwei Mitglieder der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ diese in den verschiedenen Gemeinden und Städten des Landkreises sowie in einigen Stadtteilen Marburgs vor. In dem Zuge wurde angefragt, ob die Kommunen grundsätzliches Interesse an dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention hätten. Die interessierten Kommunen nannten zu diesem Zeitpunkt bereits Ansprechpersonen für konkrete Umsetzungsmaßnahmen. Im Dezember 2017 verfassten die beiden Zuständigen der Initiative dann einen Brief an die Bürgermeister:innen bzw. an andere Akteure/Akteurinnen aus den Gemeinden/Städten/Stadtteilen. Das Schreiben war darauf ausgelegt, über den aktuellen Stand der Ini-

Material und Methoden

tiative und das geplante Vorgehen der Interviews zu informieren. Außerdem wurde dazu aufgerufen, Kontaktdaten von ein bis vier geeigneten Ansprechpersonen für die Interviews zu übermitteln.

Die Kontaktdaten von 88 Personen wurden von dem Gesundheitsamt an das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) der Philipps-Universität Marburg weitergeleitet. Die genannten Akteure/Akteurinnen wurden telefonisch kontaktiert und ein zeitnaher Interviewtermin vereinbart.

Von den 88 Ansprechpersonen konnte mit 70 Personen eine Terminabsprache getroffen werden. Zwei Gemeinden des Landkreises standen nicht zur Terminvereinbarung zur Verfügung. Die Ansprechperson eines Stadtteils konnte nicht erreicht werden. Insgesamt wurden 23 Interviews mit 70 Interviewten unterschiedlicher Systemzugehörigkeiten durchgeführt. Dabei wurden pro Interview zwischen einer und sechs Personen mit einer Dauer von 60 bis 90 Minuten befragt. Mit nur einer Ausnahme wurden die Interviews von zwei Interviewenden moderiert. Die Teilnehmenden der Interviews sind in der folgenden Tabelle nach ihren unterschiedlichen Systemzugehörigkeiten aufgeschlüsselt.

Tabelle 1: Interviewte nach Systemzugehörigkeit

Systemzugehörigkeit	Anzahl interviewter Personen
Stadt-/Gemeindeverwaltung	20
Altenhilfe	8
Soziale Arbeit/Gemeinwesenarbeit/Ehrenamt	10
Geflüchteten-Hilfe	3
Jugendhilfe	3
Kinder/Familie	13
Gesundheitswesen	3
(Sport-)Vereine, Kultur, Tourismus	8
Handwerk	2
Gesamt	70

7.2.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden von zwei Interviewenden geführt, mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und waren für einen Zeitrahmen von etwa 60 Minuten pro Interview vorgesehen. Die Moderation der Interviewenden sollte so ausgerichtet sein, dass nicht einzelne Themen die Überhand gewinnen, während andere gewünschte Themen vernachlässigt werden.

Das Interviewsetting wurde in den meisten Fällen von den Interviewten ausgewählt, sodass i. d. R. auch die gute Erreichbarkeit für die Teilnehmenden gegeben war. Die Gespräche verliefen ungestört. Als Sitzanordnung wurden Tische gewählt.

Zu Beginn der Interviews wurde seitens der Interviewenden eine Einführung in das Interview gegeben. Diese beinhaltete neben einer persönlichen Vorstellung auch den zeitlichen Rahmen sowie die Aufklärung und Einverständniserklärung für die Audioaufzeichnung mit einem Diktiergerät. Dabei wurde den Teilnehmenden Anonymität zugesagt in der Form, dass die Aussagen und eventuell verwendete Zitate nicht einzelnen Personen zuzuordnen sein würden. Des Weiteren wurden im Rahmen der Einleitung auch eine grobe Einführung in die Thematik der Prävention und Gesundheitsförderung gegeben und die Ziele der Befragung sowie das geplante Vorgehen benannt. Zuletzt wurde die Interviewstruktur erklärt und für ein besseres Verständnis allen Teilnehmenden ein Übersichtsblatt mit dem Interviewschema ausgehändigt. Den beiden Interviewenden lag zum vereinfachten Überblick ebenfalls jeweils ein Interviewschema vor, das zudem zur handschriftlichen Protokollführung genutzt wurde. Nach der Aushändigung der Blätter wurde der Beginn des Interviews deutlich gemacht und darauf hingewiesen, dass das Aufnahmegerät gestartet wurde.

Als Grundlage der Interviews diente der semistrukturierte Leitfaden, der zielgerichtete Fragen enthielt, während er zugleich Raum für freie Antworten seitens der Interviewteilnehmenden gewährte. Die Wichtung der einzelnen Aspekte sollte von Interview zu Interview an die jeweilige Person mit Expertise angepasst werden können. Neben der Frage nach den bereits vorhandenen Projekten und aktuellen Problemen wurde ein besonderer Fokus auf die Äußerung nach Bedarfen für die Zukunft gelegt. Es war vorgesehen, dabei gezielt zwischen verschiedenen Altersgruppen zu unterscheiden. Des Weiteren sollten vulnerable Gruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Geflüchtete oder Menschen mit Behinderung eigene Kategorien erhalten. Ein besonderes Augenmerk wurde außerdem auf bereits vorhandene Projekte mit Vorbildcharakter

(Best Practice) gelegt, die möglicherweise in anderen Teilen des Landkreises bzw. der Stadt Marburg aufgegriffen werden könnten. Am Ende des Interviews wurde jeweils eine abschließende Frage nach dringenden bzw. noch nicht angesprochenen Themenfeldern gestellt.

7.2.4 Zusammenfassungen der Interviews, Erstellung eines Gesamtberichts

Im Anschluss an jedes Interview wurde auf Grundlage einer Kombination aus Gedächtnisprotokoll und Mitschrift beider Interviewenden eine Kurzzusammenfassung erstellt. Diese wurde im weiteren Verlauf insbesondere durch das Anhören der Audiodatei zu einer Langform erweitert, die neben ausführlichen Beschreibungen auch anonymisierte Kernzitate enthielt. Auf eine Transkription der Aufzeichnungen wurde verzichtet. Zur Vermeidung von Missverständnissen wurden die Zusammenfassungen den entsprechenden Ansprechpersonen zur Verfügung gestellt. Die Interviewten wurden gebeten, sie auf nicht korrekt wiedergegebene Fakten zu prüfen und nach einer eventuellen Korrektur freizugeben. Sobald dieser Prozess abgeschlossen war, wurde anhand der Zusammenfassungen ein Gesamtbericht erstellt, der nun weniger kleinräumige, dafür abstrahierte Ergebnisse auf höherer Ebene enthielt.

Das Vorgehen ähnelte in großen Teilen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse als Teil der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2018). Entscheidend war dabei die Strukturierung des Inhaltes durch Kategorienbildung. Die vorliegenden Texte wurden zunächst nach den im Vorfeld festgelegten Hauptkategorien der Altersgruppen und der genannten vulnerablen Gruppen sortiert (Fakten-Kategorien). Zudem erwies sich die Zusammenstellung der ‚altersgruppenübergreifenden Erkenntnisse‘ als separater Themenblock als sinnvoll. Im weiteren Verlauf wurden die Texte inhaltlich geordnet und zentrale Themenkomplexe herausgefiltert. Dabei wurden neue, insbesondere inhaltliche bzw. thematische Subkategorien (z. B. ‚öffentlicher Raum‘, ‚Vereinsleben‘, ‚Soziale Arbeit‘) festgelegt und diese mit entsprechenden Inhalten aus allen Interviews befüllt. Die Einteilung innerhalb dieser Subkategorien erfolgte in die drei bekannten Themenfelder ‚Strukturen‘, ‚Probleme‘ und ‚Bedarfe‘. Im Rahmen dieser Darstellung wurden zu meist Perspektiven zusammengefasst, die in verschiedenen Interviews gesammelt wurden, so dass nun i. d. R. nicht mehr erkenntlich war, welche Information in welchem Interview gewonnen wurde. In einigen Fällen konnten semiquantitative Aussagen etwa über die Häufigkeit der Nennung einer vorhandenen Struktur oder Problematik getroffen werden. Dazu wurden Abstufungen wie z. B. ‚nie‘, ‚manchmal‘, ‚selten‘ oder ‚häufig‘ verwendet. Zudem wurden aber auch explizit einzelne Projekte, Probleme und Bedarfe herausgestellt, wenn diese im besonderen Maße problematisiert wurden oder den Interviewenden als Best Practice-Ansatz erschienen. Die

Material und Methoden

gefundenen Best Practice-Beispiele wurden als eigene evaluative Subkategorie mit in den Bericht aufgenommen.

Anonymisierte Originalzitate, die wichtige Aussagen auf den Punkt brachten, wurden den zentralen Themen zugeordnet und kursiv hervorgehoben. Ferner wurden einige der Erkenntnisse in unterschiedliche Kontexte eingebettet, um verschiedene Perspektiven auf diese Kontexte verständlich zu machen.

Im Rahmen der vorliegenden Promotionsschrift werden die Ergebnisse in Bezug auf die Erwachsenen und Senioren/Seniorinnen dargestellt.

8 Ergebnisse

8.1 Analyse der gesundheitlichen Lage der Region

8.1.1 Demographie und Sozialfaktoren

8.1.1.1 Region und Bevölkerungsstruktur

Der Kreis Marburg-Biedenkopf gehört der Raumordnungsregion 601 Mittelhessen an, die sich zusätzlich aus dem Landkreis Gießen, dem Lahn-Dill-Kreis, Limburg-Weilburg und dem Vogelsbergkreis zusammensetzt. Die Raumordnungsregion ist dem siedlungsstrukturellen Typ der ländlichen Regionen zugeordnet.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung im Kreis Marburg Biedenkopf ist mit 42,5 Jahren geringer als in Mittelhessen. Insbesondere die Stadt Marburg (39,8 Jahre; 2016) senkt den Altersdurchschnitt durch den hohen Anteil an Studierenden deutlich, in der Gemeinde Wohratal ist das Durchschnittsalter mit 46,1 Jahren (2016) am höchsten. Demgegenüber fällt die Geburtenrate im Kreis geringer aus als im Bundesland, liegt jedoch über der Geburtenrate in der strukturell vergleichbaren Raumordnungsregion Mittelhessen. Während das natürliche Saldo in Hessen positiv ist (+1), beträgt der Sterbeüberschuss des Kreises Marburg-Biedenkopf 1,7. Die Fertilitätsrate liegt dementsprechend mit 1,3 unter dem hessenweiten Durchschnitt. Die Lebenserwartung hingegen ist auf allen betrachteten räumlichen Ebenen ähnlich hoch.

Das Land Hessen hat für die Landkreise eine regionale Bevölkerungsvorausberechnung auf Gemeindeebene erstellt, die für die Planung von zukünftigen Bedarfen an Präventionsangeboten hilfreich sein könnte. Hierbei ist ein starkes Gefälle zwischen der Entwicklung in der Universitätsstadt Marburg und den ländlich geprägten Gemeinden festzustellen, in denen das Durchschnittsalter der Bevölkerung innerhalb der nächsten Jahre überproportional stark steigen wird. Marburg wird nach wie vor von den hohen Studierendenzahlen profitieren und sich demnach eher verjüngen. Somit steigt besonders in den entlegeneren Gebieten mit schlechterer Erreichbarkeit eines Mittelzentrums der Bedarf an altersgerechten Präventionsangeboten in der zweiten Lebenshälfte.

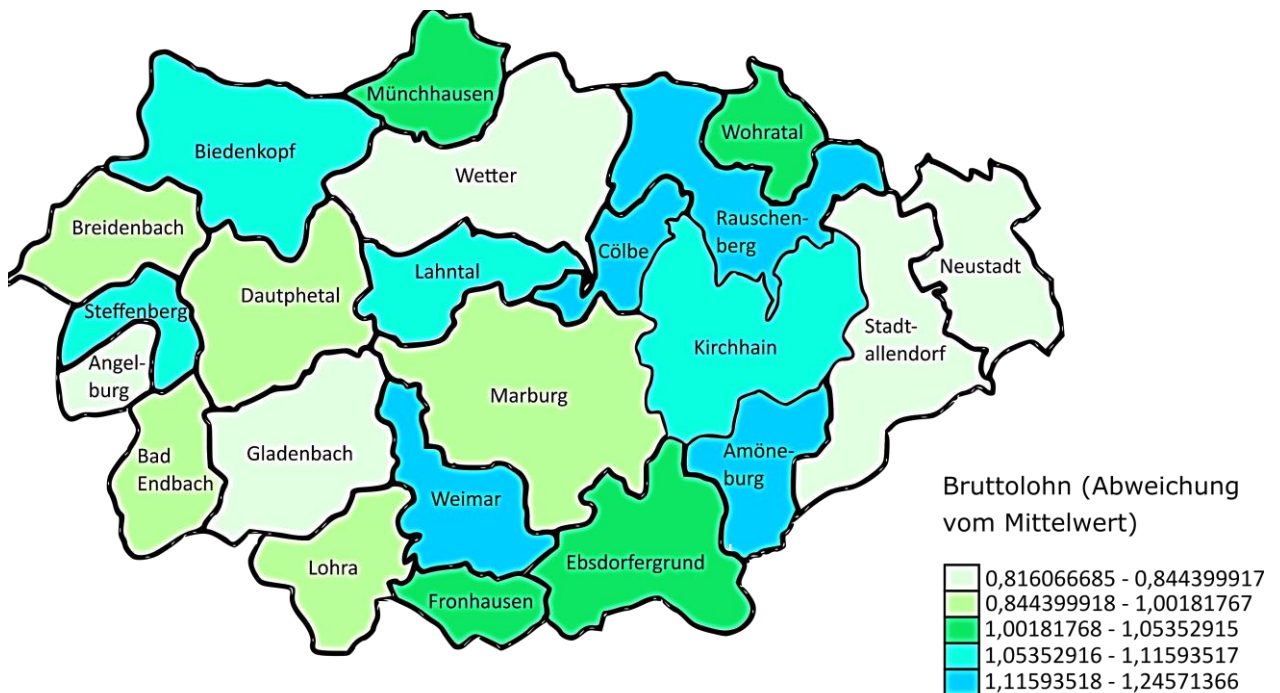
8.1.1.2 Sozioökonomischer Status und soziale Unterschiede

Für verschiedenen Krankheiten hat sich gezeigt, dass die soziale Lage mit einem Unterschied in der individuellen Krankheitslast sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Ergebnisse

einhergeht. Dabei ist das Risiko, z. B. an einer chronischen Erkrankung zu leiden, bei geringem sozialem Status erhöht. Dies scheint in unmittelbarem Zusammenhang zur Verbreitung gesundheitsrelevanter Faktoren wie Rauchen, Ernährung und Bewegung zu stehen (Badura et al. 2017). Ebenso werden Gesundheitsdienstleistungen und Präventionsangebote weniger häufig von sozial niedrig gestellten Gruppen in Anspruch genommen. In die Analyse der Gesundheitssituation des Kreises wurden daher das Haushaltseinkommen pro Person als Indikator für die soziale Ungleichheit der Gemeinden mit einbezogen.

Betrachtet man den Kreis Marburg-Biedenkopf, so lässt sich zunächst feststellen, dass die sozioökonomische Deprivation für den gesamten Kreis im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet gering ist, mit kleinen Unterschieden zwischen den einzelnen Gemeinden. Abbildung 2 verdeutlicht die Unterschiede zwischen den Kommunen der Region anhand der Abweichung des jeweiligen durchschnittlichen Bruttolohns vom Mittelwert über die gesamte Region (s. Abb. 2).



Quelle: Andres Trepte, own work, copyleft: Multi-license with GFDL and Creative Commons CC-BY-SA-2.5 and older versions (2.0 and 1.0), 2006

Abbildung 2: Unterschiede beim sozioökonomischen Status zwischen den Kommunen verdeutlicht anhand der Abweichung vom mittleren Bruttolohn der Region

Ergebnisse

8.1.1.3 Altersstruktur und Altersstandardisierung

Die Altersstruktur Hessens im Jahr 2015 unterscheidet sich leicht von der Standardbevölkerung Deutschlands 2011, die Grundlage der meisten epidemiologischen Untersuchungen ist. Unterrepräsentiert sind insbesondere die 75- bis unter 80-Jährigen sowie 50- bis 60-Jährige und 25- bis 40-Jährige. Überrepräsentiert sind hingegen 40- bis 50-Jährige und 70- bis 75-Jährige. Dies hat Einfluss auf die Anwendbarkeit der in der Literatur genannten Prävalenzen und Inzidenzen auf den Kreis Marburg-Biedenkopf. Durch die Unter- oder Überrepräsentation besonders gefährdeter Altersgruppen müssen für Vergleichszwecke altersstandardisierte Werte genutzt werden. Damit werden die aggregierten Werte aus den Landes- bzw. Bundesstatistiken auf die Bevölkerung im Kreis angepasst und so die lokal vermutlich betroffenen Bevölkerungsanteile dargestellt. Die regionalen Aussagen im vorliegenden Bericht beruhen somit auf einer indirekt standardisierten Rate.

Abbildung 3 verdeutlicht die im Vergleich zur Standardbevölkerung vorliegenden Unterschiede im Kreis Marburg-Biedenkopf (s. Abb. 3).

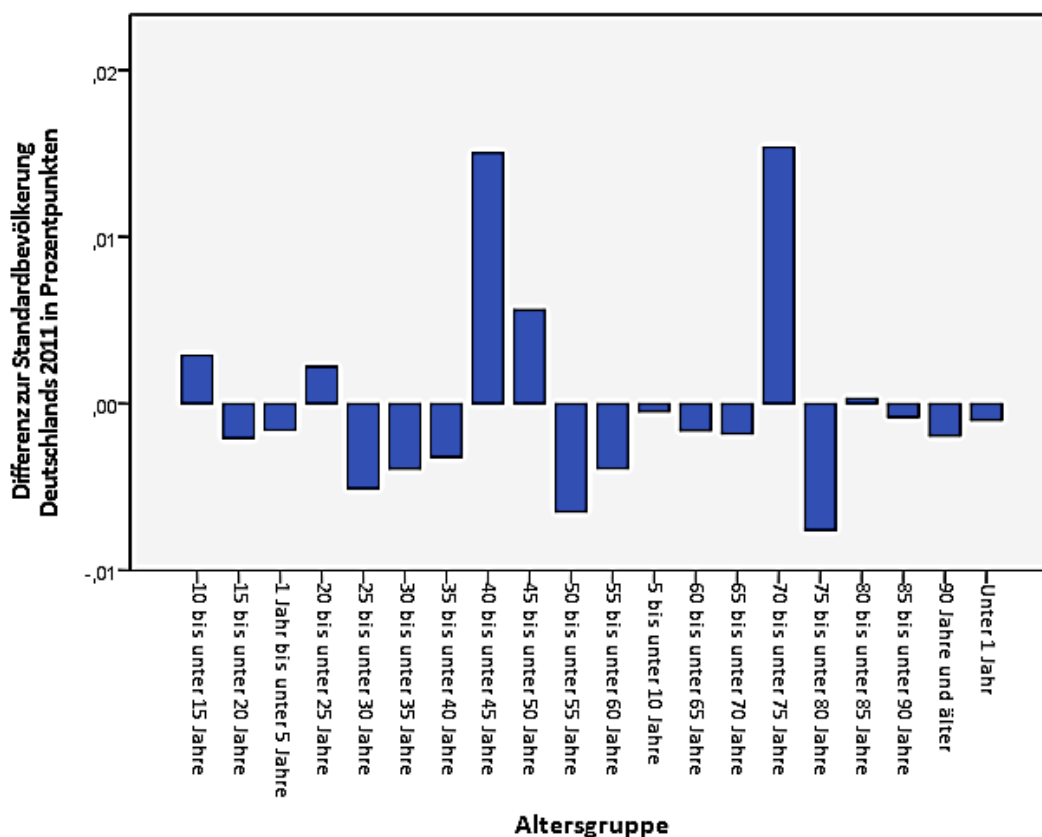


Abbildung 3: Abweichung der Altersstruktur der Bevölkerung im Kreis Marburg-Biedenkopf von der Standardbevölkerung in Deutschland

Ergebnisse

Die durch Studierende geprägte Bevölkerung in der Stadt Marburg unterscheidet sich im Hinblick auf die Altersstruktur stark vom übrigen Kreisgebiet. Dies wird in Abbildung 4 offensichtlich (s. Abb. 4).

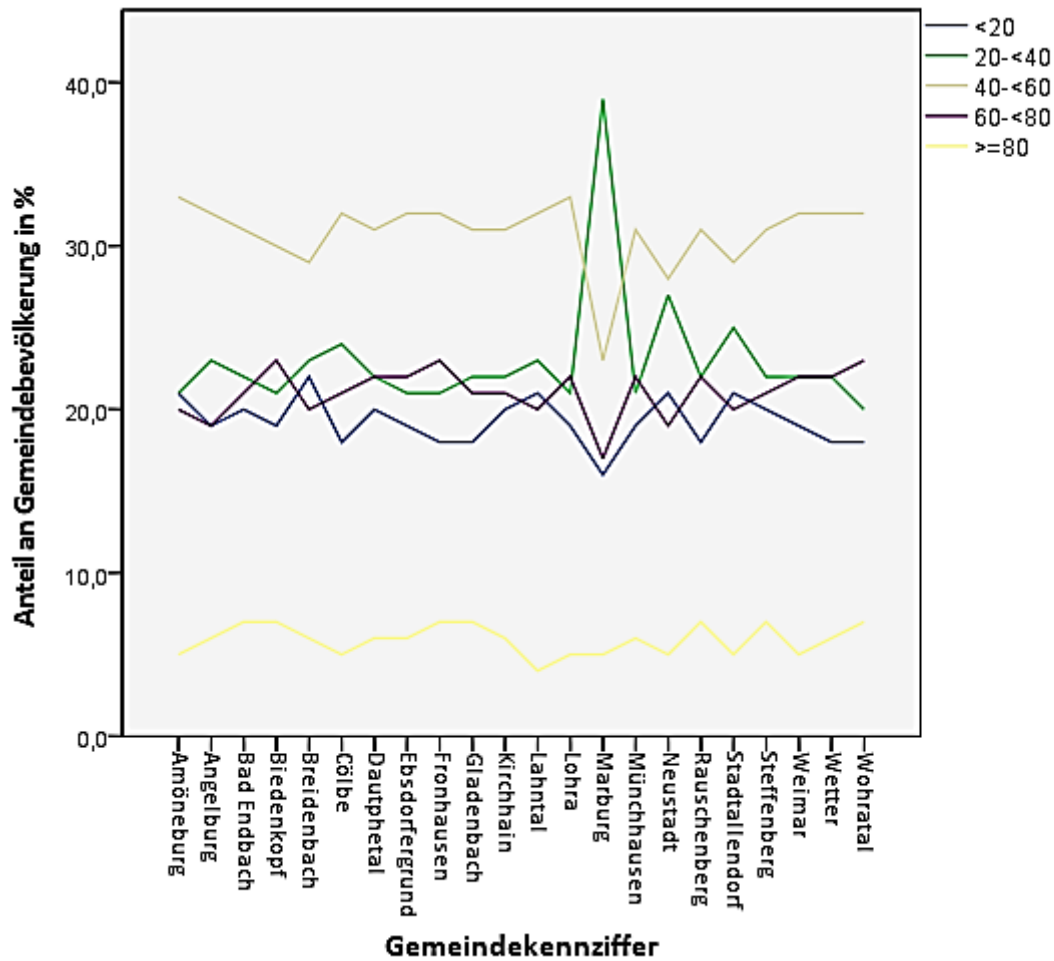


Abbildung 4: Anteile der verschiedenen Altersgruppen in den Kommunen der Region

8.1.2 Gesundheit von Erwachsenen und Senioren/Seniorinnen

8.1.2.1 Depression

Die Gesamtprävalenzrate depressiver Erkrankungen in Deutschland liegt 2012 bei 12% (2010:11,1%). Die Prävalenzrate depressiver Erkrankungen, die laut ICD-10 als schwer einzustufen sind, stieg in den Jahren 2010 bis 2012 von 1,8% auf 2,0% der Gesamtbevölkerung. Mittelschwere depressive Erkrankungen liegen 2012 mit einer Prävalenzrate von 2,8% (2010: 2,2%) vor leichten depressiven Erkrankungen (2010: 0,6%; 2012: 0,8%) (Klauber et al. 2016). Regionalisierte Studien auf Basis der Raumordnungsregionen legen nahe, dass die Prävalenz starke

Ergebnisse

räumliche Unterschiede aufweist (Klauber et al. 2016). Legt man die altersstandardisierten Bevölkerungszahlen zu Grunde, hat Mittelhessen (11-12,5%) eine etwas geringere Prävalenz als Hessen insgesamt (12,8%), liegt jedoch insgesamt über dem bundesdeutschen Schnitt. Zwischen 60 und 64 Jahren sind bei beiden Geschlechtern die höchsten Prävalenzen zu verzeichnen. Psychische Störungen werden in ländlichen Regionen weniger häufig diagnostiziert als in Kernstädten (Thom et al. 2015). Die Inzidenz im mittleren Lebensabschnitt weist geschlechtsunabhängig einen Höhepunkt in der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen auf, wobei auch hier Frauen deutlich häufiger eine Diagnose des ICD-10 F32 erhalten als Männer (Klauber et al. 2016). Im direkten Vergleich der Gemeinden wird für Weimar die geringste Prävalenz sowohl im mittleren Lebensabschnitt (9%) als auch bei den über 65-Jährigen (13%) erwartet. Neustadt weist in den gleichen Altersklassen mit 12% bzw. 19% die höchsten erwarteten Prävalenzen auf (s. Abb. 5).

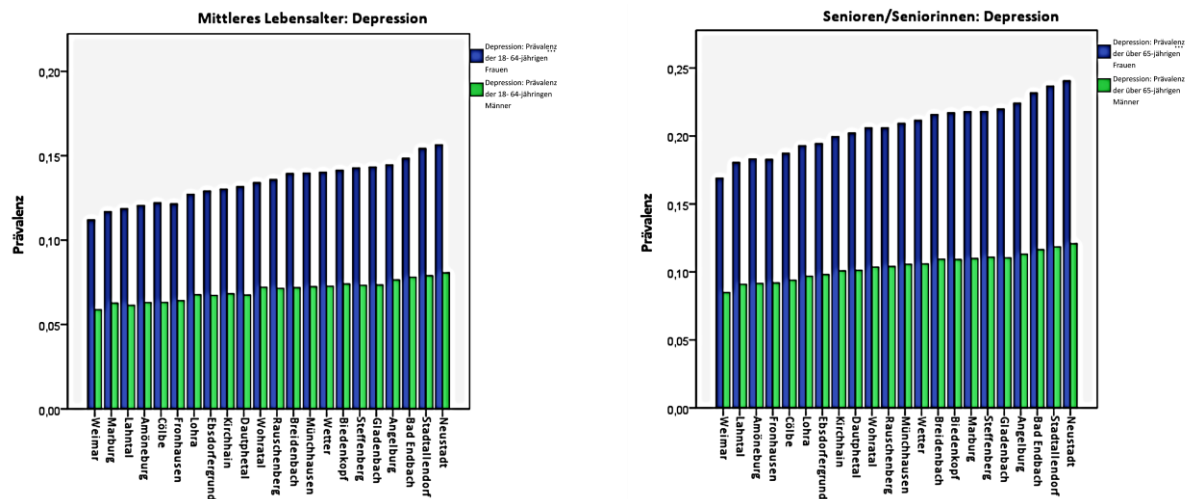


Abbildung 5: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Depression in den Kommunen der Region

8.1.2.2 Krebs

Im Laufe ihres Lebens erkranken schätzungsweise 51% der Männer und 43% der Frauen an Krebs (Robert Koch-Institut 2015). Die häufigsten Krebsneuerkrankungen, ohne DCO-Fälle (death-certificate only: nur auf der Todesbescheinigung), weist das hessische Krebsregister für 2011 bei Männern für Prostatakrebs (29,9% der Krebsneuerkrankungen) und bei Frauen für Brustdrüsenkrebs (37,2%) aus. Es folgen Darmkrebs (15,4% (m) bzw. 13,6% (w)) und Lungenkrebs (10,6% (m) bzw. 6,1% (w)). Die absoluten Fallzahlen zeigen bei den nicht-geschlechtsspezifischen Krebsarten, mit Ausnahme des Malignen Melanoms der Haut, für Männer mehr Eintragungen im Krebsregister als für Frauen. Das mittlere Ersterkrankungsalter (median) liegt bei 70

Ergebnisse

Jahren für Männer und 67 Jahren für Frauen. Die Rohe Rate ohne DCO-Fälle liegt bei 454,4/100.000 (m) bzw. 398,7/100.000 (w), nach Europa-Standard bei 320,4/100.000 (m) bzw. 274,3/100.000 (w). Mit DCO-Fällen erhöht sie sich auf 591,2/100.000 (m) bzw. 513,3/100.000 (w), nach Europa-Standard auf 409,1/100.000 (m) und 327,7/100.000 (w). Die hessischen Raten inklusive DCO-Fälle sind nach Europa-Standard niedriger als in der Betrachtung Gesamtdeutschlands (Deutschland 2010: 445/100.000 (m), 349,1/100.000 (w)). Das Sterbealter liegt im Median bei den Männern bei 73 Jahren, bei den Frauen bei 75 Jahren. Die Sterberate der Frauen nach Europa-Standard ist gegenüber dem gesamtdeutschen Schnitt leicht erhöht, die der Männer liegt darunter. Rohe Sterberate M 277,5/100.000 und F 233,7/100.000 (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2015).

Für den Kreis Marburg-Biedenkopf liegen die auf die hessische Bevölkerung altersstandardisierte Neuerkrankungsraten mit DCO mit 345/100.000 für Männer (258/100.000 für Frauen) unter der Hessischen Rohen Rate. Die Sterberate ist ebenfalls geringer als in der gesamthessischen Betrachtung: 165/100.000 (m) bzw. 114/100.000 (w) (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2015). Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Umrechnung auf die einzelnen Gemeinden nicht aussagekräftig.

8.1.2.3 Adipositas

Die WHO definiert einen Body-Mass-Index (BMI) über 25 als Übergewicht und über 30 als Adipositas bei Erwachsenen (Weltgesundheitsorganisation 2007). Zwischen BMI-Werten aus Selbstauskunft und den gemessenen Ausgangsgrößen Gewicht und Körpergröße bestehen einige Unterschiede, wodurch Prävalenzen aus verschiedenen Studien nur bedingt vergleichbar sind (Schienkiewitz et al. 2017).

In Hessen sind nach hochgerechneten Selbstauskunftsdaten der GEDA-Studie 2014/2015 19,8% der Frauen und 20,9% der Männer adipös, dies entspricht einem leicht erhöhten Wert gegenüber 18,0% der Frauen und 18,3% der Männer in Deutschland. Mit dem Alter steigt die Prävalenz für Adipositas und Übergewicht bei beiden Geschlechtern an. Während Übergewicht inklusive Adipositas bei Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren nur etwa 26,2% ausmachen, liegt die Prävalenz zwischen 45 und 65 Jahren bei 50,1%. Dabei geht für 18- bis 65-jährige Frauen ein niedrigerer Bildungsstand mit höherer Prävalenz für Übergewicht und Adipositas einher. Bei Männern ist dies nur eingeschränkt zu beobachten, jedoch steigt auch hier die Prävalenz mit dem Alter an. 33% der erwachsenen Männer unter 29 haben Übergewicht oder Adipositas, bei den 45- bis 64-Jährigen sind es bereits 70,1%. Wird allein die Adipositas-Prävalenz betrachtet,

Ergebnisse

steigt sie in den gleichen Altersgruppen von 8,9% bei den Männern und 9,7% bei den Frauen auf 21,9 respektive 19,6% an (Schienkiewitz et al. 2017). Regionalisierte Ergebnisse der GEDA 2009 und 2010 auf Basis eines Mehrebenenmodells legen nahe, dass Hessen insgesamt eine etwas geringere Prävalenz als der Durchschnitt aufweist (Kroll und Lampert 2012).

Die Hochrechnungen zeigen eine durchschnittliche Adipositas-Prävalenz von 17,2% für die Altersgruppe der Erwachsenen unter 65 Jahren für den Kreis Marburg-Biedenkopf, mit einem Unterschied zwischen den einzelnen Gemeinden von bis zu 6 Prozentpunkten. Schließt man Übergewicht in die Betrachtung mit ein, so liegt die Prävalenz für den Kreis Marburg-Biedenkopf bei 50,7%. Neustadt und Stadtallendorf weisen dabei sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern vermutlich die höchste, Weimar, Lahntal, Fronhausen, Amöneburg und Cölbe die geringste Prävalenz auf. Ab einem Alter von 65 Jahren steigt die Prävalenz auf 64,4%, hauptsächlich hervorgerufen durch die Überrepräsentation der älteren Bevölkerungsteile in einigen Gemeinden. Die Adipositas-Prävalenz allein liegt hier bei 21,1% (s. Abb. 6-7).

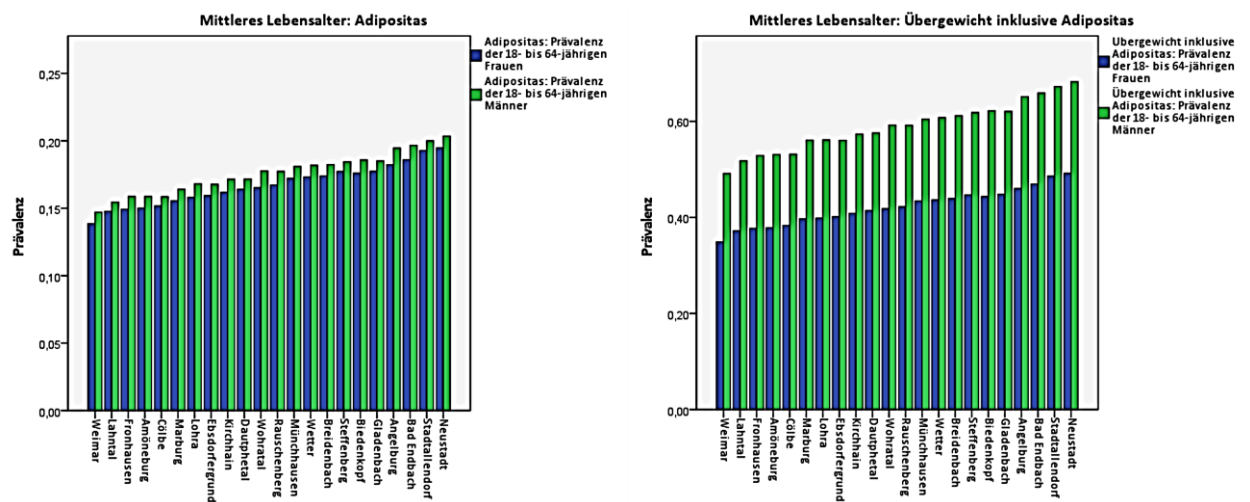


Abbildung 6: Prognostizierter Anteil Erwachsener (19-64 J.) mit Adipositas und mit Übergewicht inklusive Adipositas in den Kommunen der Region

Ergebnisse

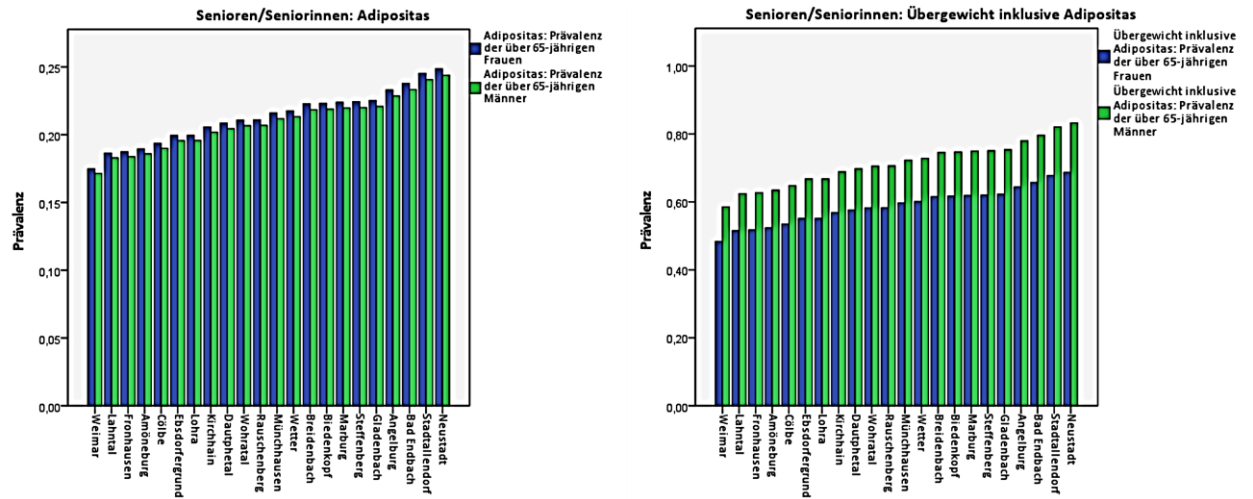


Abbildung 7: Prognostizierter Anteil der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Adipositas und mit Übergewicht inklusive Adipositas in den Kommunen der Region

8.1.2.4 Diabetes

Die Lebenszeitprävalenz für Diabetes ist in Deutschland ab dem 60. Lebensjahr erhöht. Ab dem 18. Lebensjahr liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 7,4%, bei 65-Jährigen und Älteren bei 17,5% (Robert Koch-Institut 2015). Dabei nehmen Typ-1-Diabetes und Schwangerschaftsdiabetes untergeordnete Rollen ein (Heidemann et al. 2011). In Hessen sind 417.000 Menschen über 65 Jahren von Diabetes mellitus Typ 2 betroffen (Banzer et al. 2016). Ein höheres Risiko, im Laufe des Lebens einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist mit einem niedrigen sozioökonomischen Status assoziiert: Durchschnittlich haben Frauen mit niedrigem Sozialstatus ein um das 3,1-fache und Männer um das 1,8-fache erhöhtes Risiko (Robert Koch-Institut 2015). Der Anstieg in der Diabetesprävalenz in Deutschland ist insbesondere mit der veränderten Altersstruktur zu erklären. Ein Vergleich der altersstandardisierten Raten ergibt eine Zunahme von 1,7 Prozentpunkte für Frauen und 1,5 Prozentpunkte für Männer (Robert Koch-Institut 2015). Für den Kreis Marburg-Biedenköpf wird eine 12-Monats-Prävalenz von 4,5% in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen vorhergesagt, mit einer Wertespanne von 3 Prozentpunkten zwischen den Kommunen. Die Einwohner von Rauschenberg und Weimar sind demnach besonders betroffen, während die Stadt Marburg die wenigsten Erkrankungen aufweist. Ab 65 Jahren steigt die Diabetes-Prävalenz auf 17,9% im Kreis Marburg-Biedenköpf, hier sind die Unterschiede zwischen den Gemeinden jedoch weniger ausgeprägt (s. Abb. 8).

Ergebnisse

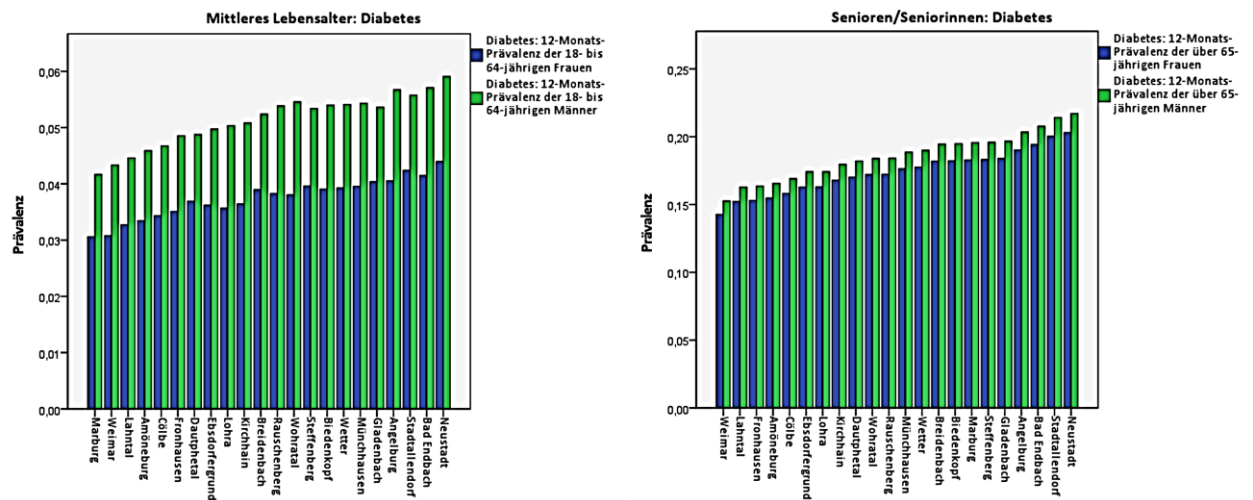


Abbildung 8: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Diabetes mellitus in den Kommunen der Region

8.1.2.5 Rückenschmerzen

Die 12-Monats-Prävalenz für Rückenschmerzen, die mindestens 3 Monate anhalten, liegt in Deutschland bei 15,5% (m) bzw. 21,6% (w), die Lebenszeitprävalenz liegt bei 85,2% (Robert Koch-Institut 2015; Schmidt et al. 2007). Damit ist Rückenschmerz eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Mit dem Alter steigt die 12-Monats-Prävalenz sowie die Lebenszeitprävalenz chronischer Rückenschmerzen an, wobei Männer weniger häufig betroffen sind als Frauen. Leiden unter 30 Jahren 13,1% der Männer und 20% der Frauen unter chronischen Rückenschmerzen, sind es im Alter zwischen 45 und 64 Jahren 33,3% der Männer bzw. 36,9% der Frauen. In fast allen Altersgruppen sind Personen mit niedrigerem Sozialstatus häufiger von chronischen Rückenschmerzen betroffen (Kuntz et al. 2017). Dementsprechend sind sowohl die unter als auch die über 65-Jährigen in den sozial höhergestellten Gemeinden vermutlich weniger oft von Rückenschmerzen betroffen. Zwischen den erwarteten Extremen Weimar und Neustadt liegt ein Prävalenzunterschied von bis zu 15 Prozentpunkten (60-Jährige und Ältere) bzw. 10 Prozentpunkten (18- bis 59-Jährige) (s. Abb. 9).

Ergebnisse

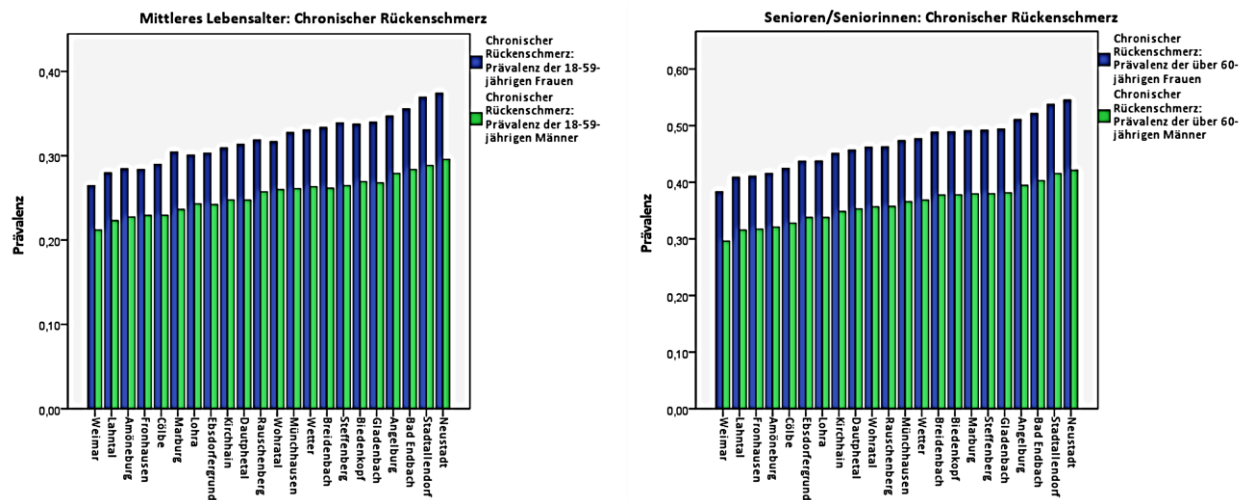


Abbildung 9: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit chronischen Rückenschmerzen in den Kommunen der Region

8.1.2.6 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Faktoren, die das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen, sind Rauchen, Adipositas, mangelnde Bewegung, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Diabetes (Robert Koch-Institut 2015). In Deutschland ist ein Rückgang der Sterberaten zu verzeichnen, dennoch bleiben Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschlechtsunabhängig die häufigste Todesursache in Deutschland (Robert Koch-Institut 2015). Unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Koronare Herzkrankheit (KHK) und Schlaganfall die häufigsten Todesursachen. Für beide Erkrankungen sowie aus ihnen resultierende chronische Folgebeschwerden steigen die 12-Monats-Prävalenzen ab dem 65. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern stark an (Busch und Kuhnert R. 2017a, 2017b). Bei 16% der über 75-jährigen Frauen und 24,1% der über 75-jährigen Männer bestand in den letzten 12 Monaten eine Koronare Herzkrankheit (Busch und Kuhnert R. 2017a). Die KHK-Prävalenz beträgt bei Frauen insgesamt 3,7%, wobei sie von 0,2% bei den unter 45-Jährigen auf 3,4% ab dem 55.-64. Lebensjahr ansteigt (Busch und Kuhnert R. 2017a). Nach Übertragung dieser Daten auf den Kreis Marburg-Biedenkopf werden die geringsten 12-Monats-Prävalenzen für unter 65-Jährige für die Stadt Marburg erwartet, die höchsten in Neustadt. Aufgrund der spezifischen Altersstruktur Marburgs verschiebt sich für die Altersgruppe ab 65 die Rangfolge der Gemeinden (s. Abb. 10).

Ergebnisse

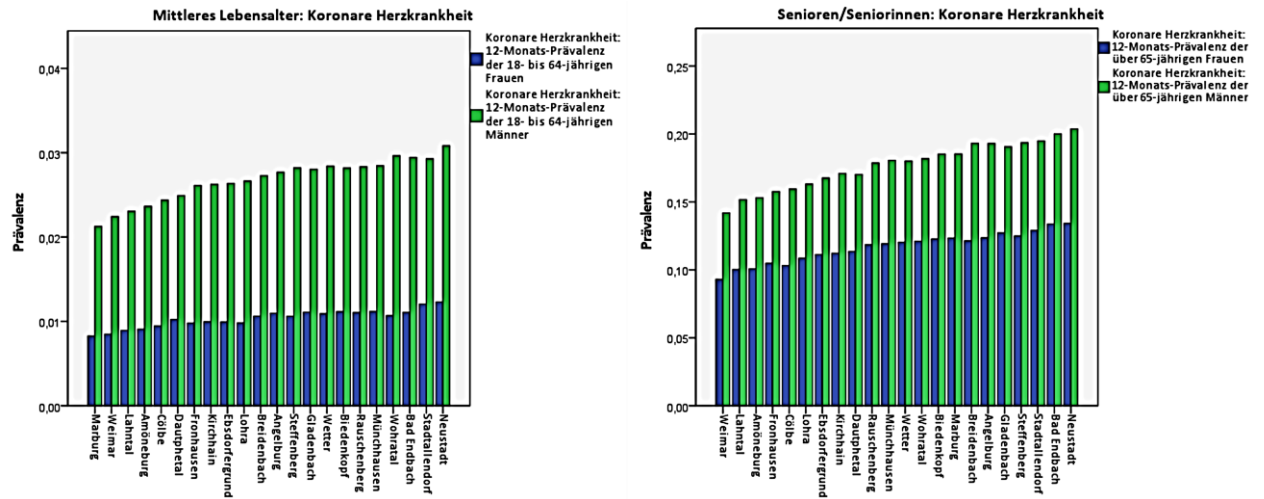


Abbildung 10: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit koronarer Herzkrankheit in den Kommunen der Region

An Schlaganfällen erkranken weniger Personen als an KHK. Bei den Frauen ist die Prävalenz der KHK und des Schlaganfalls in der unteren Bildungsgruppe höher als in den höheren Gruppen, bei den Männern ist diese Beziehung schwächer ausgeprägt. Insgesamt wurden 1,7% der Frauen und 1,5% der Männer in den letzten 12 Monaten ein Schlaganfall oder hieraus resultierende chronische Folgebeschwerden diagnostiziert. Ab dem 55. Lebensjahr ist die Schlaganfall-Prävalenz im Gegensatz zu den vorherigen Lebensjahrzehnten bei beiden Geschlechtern stark erhöht. Den Großteil machen hierbei mit 16% (Frauen) bzw. 24% (Männer) Personen über 74 Jahren aus (Busch und Kuhnert R. 2017b).

Weimar und Marburg weisen daher vermutlich im mittleren Lebensalter die geringsten, Stadtlendorf und Neustadt die höchsten Prävalenzen auf. Aufgrund der kleinen Fallzahlen fallen die regionalen Unterschiede hier nur gering aus. Im höheren Lebensalter ab 65 Jahren beträgt der vorhergesagte altersstruktur- und einkommensspezifische Unterschied zwischen den Gemeinden 2 Prozentpunkte, wobei Weimar mit 4% und Neustadt mit 6% die Extrema bilden. Durchschnittlich beträgt die Schlaganfall-Prävalenz der über 64-Jährigen im Kreis Marburg-Biedenkopf 4,9% (s. Abb. 11).

Ergebnisse

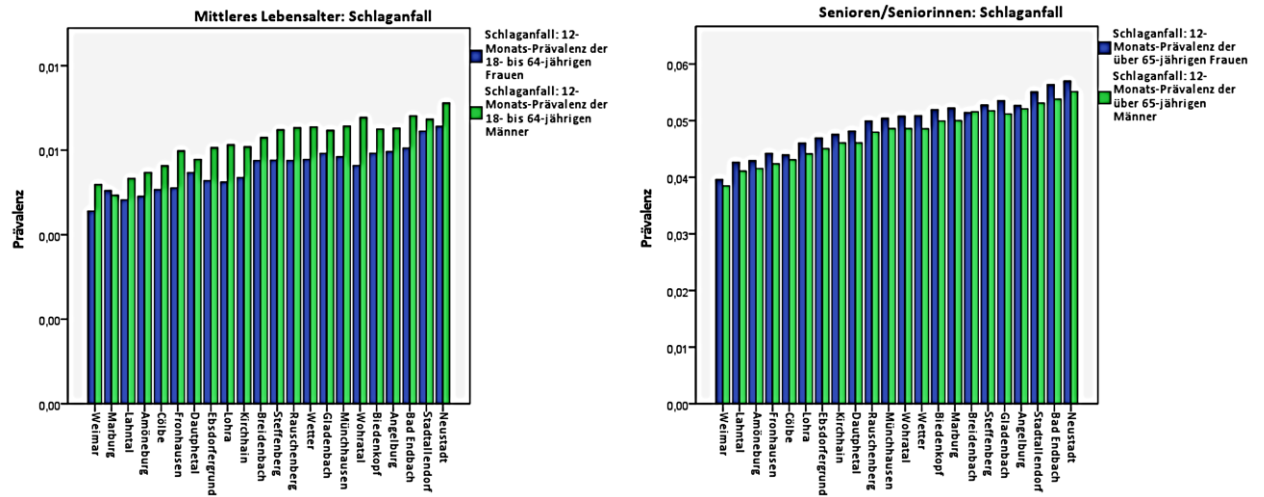


Abbildung 11: Prognostizierter Anteil der Erwachsenen (19-64 J.) und der Senioren/Seniorinnen (ab 65 J.) mit Schlaganfall in den Kommunen der Region

8.1.2.7 Multimorbidität und Polypharmazie

Ab dem 50. Lebensjahr steigt die Anzahl an chronischen Erkrankungen stark an. Insbesondere der Anteil an Personen mit über fünf Erkrankungen steigt um knapp 10 Prozentpunkte pro weitere Dekade. Während in der Altersgruppe ab 65 bis 74 Jahren 68,0% der Männer und 75,8% der Frauen an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden, steigt der Anteil ab 75 Jahren laut GEDA-Studie 2009 auf 74,2% respektive 81,7% (Robert Koch-Institut 2015).

Mit dem Anstieg der Prävalenz chronischer Krankheiten geht auch die Anzahl gleichzeitig eingenommener Medikamente einer. Werden fünf oder mehr Arzneistoffe gleichzeitig verabreicht, ist das Risiko für Medikationsfehler und vermeidbare Nebenwirkungen erhöht. Insgesamt liegt die Prävalenz der verschriebenen Polypharmazie bei 18- bis 79-Jährigen laut DEGS1-Studie bei 13,6% für Frauen und 9,9% für Männer (Knopf und Grams 2013). Dabei wird durchschnittlich jeder GKV-Patient über 65 mit 3,9 DDD und über 80 mit 4,6 DDD verschiedener Arzneimittel behandelt (Schröder und Telschow 2017). Auch die DEGS1-Daten zeigen einen Anstieg der Polypharmazie-Prävalenz mit dem Alter, wobei Frauen sowohl bei den verschriebenen als auch unter Einschluss von OTC-Präparaten eine geringfügig höhere Prävalenz aufweisen als Männer. Der Anteil derjenigen 70- bis 79-Jährigen in Deutschland, die in der letzten Woche mehr als vier Präparate einnahmen, liegt bei 47,0% (Männer) bzw. 53,2% (Frauen) (Knopf und Grams 2013). Im Jahr 2016 haben GKV-Versicherte über 64 Jahren 55% des DDD-Volumens verursacht, mit einem Anteil von 44% am Gesamtumsatz des GKV-Fertigarzneimittelmarktes (Schröder und Telschow

Ergebnisse

2017). Da keine eindeutige Aussage über die Abhängigkeit der Polypharmazie-Prävalenz von Sozialfaktoren getroffen werden kann, wird bei der Berechnung der erwarteten Prävalenzen innerhalb der Gemeinden nur das Alter berücksichtigt. Es ergeben sich für die (verschriebene) Polypharmazie-Prävalenz der 60-Jährigen oder Älteren aus der regionalen Altersstruktur keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Gemeinden. Bei über 60-jährigen Frauen muss in der Region mit einem Anteil an Polypharmazie von rund 46 % Frauen gerechnet werden, bei Männern über 60 Jahren mit rund 37%. Eine Polypharmazie allein aufgrund verschriebener Medikamente muss bei rund 36% der über 60-jährigen Frauen und 32% der über 60-jährigen Männer erwartet werden.

8.1.2.8 Hospitalisierung und Pflegebedarf

Unter den häufigsten Diagnosen nach ICD-10 für Krankenhausbehandlungen ab 65 Jahren sind Herzinsuffizienz, Ischämische Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Sonstige Krankheiten des Darmes sowie Krebs der Verdauungsorgane. Geschlechtsspezifisch kommen bei den Frauen noch Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels, Hypertonie sowie Arthrose hinzu, bei den Männern Krebs der Atmungsorgane und sonstiger Organe im Brustkorb, Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren sowie episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems. 43,2% aller behandelten Fälle im Krankenhaus entfielen 2013 auf Personen über 64 Jahren, die häufigsten Diagnosen waren Herzinsuffizienz bei Frauen sowie ischämische Herzkrankheiten bei Männern (Robert Koch-Institut 2015). Ebenso wie die Hospitalisierungsraten steigt auch die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter stark an. Während zwischen 70 und 75 Jahren nur 5 % pflegebedürftig sind, sind es 64,4% der Senioren/Seniorinnen in der Altersgruppe 90+, Frauen dabei bedingt durch die höhere Lebenserwartung öfter als Männer. Dabei wird die Mehrheit der Personen mit Pflegebedarf in der eigenen Wohnung versorgt (Robert Koch-Institut 2015). Im Landkreis Marburg-Biedenkopf waren 2016 insgesamt 4,4% der Bevölkerung pflegebedürftig (Hessen: 3,8%), hiervon befanden sich 19,8% zu diesem Zeitpunkt in stationärer Dauerpflege (Hessen: 22,6%) (Bertelsmann Stiftung 2018). 1,1% der Gesamtbevölkerung wurden in Marburg-Biedenkopf von Pflegediensten betreut. Bei den 65-Jährigen und Älteren betrug der Anteil Pflegebedürftiger 2015 18,1% an der Gesamtbevölkerung dieser Altersklasse, der in Pflegediensten betreute Anteil Pflegebedürftiger 4,7% (Bertelsmann Stiftung 2018; Hessisches Statistisches Landesamt 2016). Dabei sind Frauen im Landkreis Marburg-Biedenkopf häufiger pflegebedürftig als Männer. Ein Vergleich der altersstandardisierten Raten zeigte für das Jahr 2007 einen erhöhten Pflegebedarf in

Ergebnisse

den Gemeinden Marburg-Biedenkopfs gegenüber den landesweiten Kennziffern (Frings und Herdt 2010).

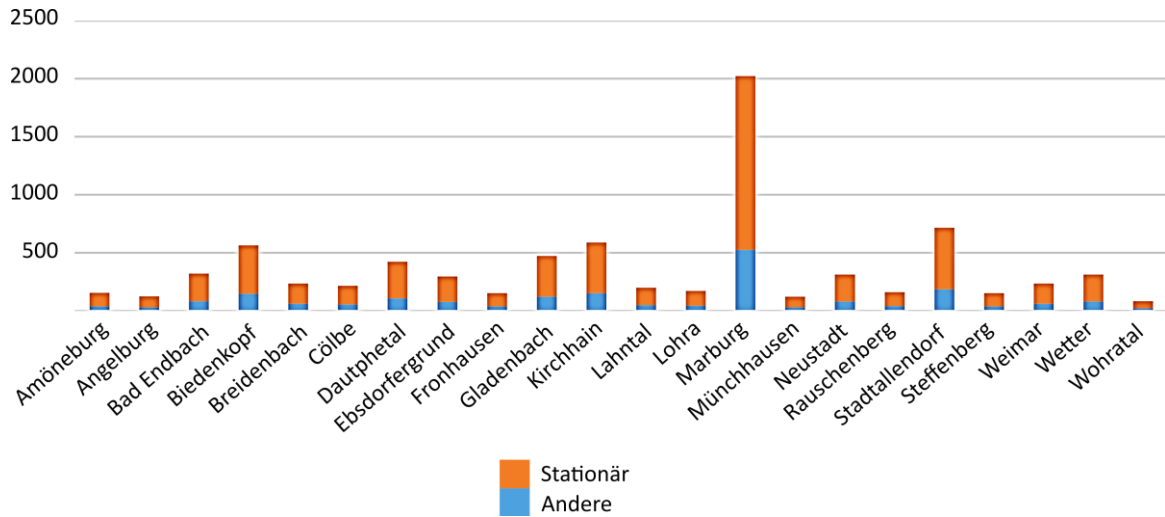


Abbildung 12: Prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen (65 Jahre und älter) in Marburg-Biedenkopf

8.2 Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aus der Perspektive regionaler Akteure/Akteurinnen

Der Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aus der Perspektive regionaler Akteure/Akteurinnen wird anhand von 23 Interviews erfasst. Diese wurden zwischen dem 23.01.2018 und dem 24.05.2018 in allen Städten und Gemeinden des Landkreises Marburg-Biedenkopf mit Ausnahme der Gemeinden Rauschenberg und Ebsdorfergrund durchgeführt. In der Stadt Marburg fanden vier Interviews in den Stadtteilen Cappel, Richtsberg, Stadtwald-Ockershausen und Waldtal statt. Ziel der Interviews war es, einen Überblick über gesundheitsfördernde und präventiv wirkende Strukturen und Organisationen im Landkreis zu erhalten, Probleme und Risiken der Gesundheit der gesamten Bevölkerung Marburg-Biedenkopfs zu erfassen und potenzielle Bedarfe aus der Perspektive lokaler Akteure/Akteurinnen zu eruieren.

8.2.1 Altersgruppenübergreifende Erkenntnisse

8.2.1.1 Vereinsleben, Kultur, Naherholung und Gastronomie

Strukturen

Zu einem gesunden Leben gehört zuallererst eine Umgebung, in der sich die Menschen entfalten, erholen und treffen können. Naherholungsmöglichkeiten, Kulturangebote, Gastronomie und Vereinsleben sind im Landkreis sehr unterschiedlich gestaltet. Im öffentlichen Raum trifft man auf vielfältige Möglichkeiten, Naherholung zu finden oder sportlich aktiv zu werden. Zu den Bewegungsangeboten, die man häufig findet, zählen Fahrradwege, Wanderrouten, sowie Garten-/Parkanlagen, die teils auch mit Sportgeräten ausgestattet sind. Als Besonderheit wurde immer wieder das Konzept des Mehrgenerationenspielplatzes mit Sportgeräten erwähnt, der als Bewegungsanreiz dienen und zugleich die Interaktion der verschiedenen Altersgruppen untereinander verstärken soll. Weiterhin gibt es viele Hallen-, Freibäder und Bürgerhäuser. Die Nutzung der Bürgerhäuser unterscheidet sich stark von Ort zu Ort. Während sie in manchen Gemeinden hoch frequentiert werden, liegen Bürgerhäuser in anderen Gemeinden/Städten brach oder wurden an private Träger verkauft. Das allgemeine kulturelle Angebot aus dem gastronomischen Bereich umfasst einige, oft in den letzten Jahren gegründete generationsübergreifende Cafés, in denen manchmal auch kreative oder interkulturelle Angebote zu finden sind. Die klassischen Gastwirtschaften hingegen verschwinden zunehmend aus den ländlichen Kommunen.

Allgemein wurde in den Interviews von einem umfassenden Sportangebot durch Sportvereine und VHS berichtet, das oft als bedarfsgerecht empfunden wird. Am häufigsten begegnet man

Ergebnisse

Turnvereinen, aber auch Fußball, Tennis-, oder Reitvereine gelten als beliebt. Eher selten wurde in diesem Kontext von einer ausreichenden Anzahl der Übungsleitenden berichtet.

Weiterhin findet man eine Vielzahl von Vereinen, die nicht im Sportsektor angesiedelt sind. Oft war die Rede von Musik-, Tanz- und Gesangsvereinen sowie Wander- und Schützenvereinen. Diese werden jedoch eher von älteren Menschen frequentiert. Auch die Freiwilligen Feuerwehren wurden immer wieder als Orte des Engagements, der Bewegung und der sozialen Zusammenkunft benannt.

Probleme

Das Problem bezüglich des vorhandenen (Sport-)Angebots wird weniger in der Aufstellung an Angeboten als vielmehr in der Informationsverbreitung bzw. Werbung für Sportangebote, Veranstaltungen etc. gesehen. Diese scheinen nicht optimal, sodass die Bürger vom bestehenden Angebot oftmals wenig mitbekommen und dieses dementsprechend kaum nutzen. [*„Wo es Bedürfnisse gibt, gibt es Angebote, aber ohne, dass eine große Struktur dahintersteht. Der organisierte Bereich, das ist das, was fehlt“*]. Insbesondere neu Zugezogenen fällt es dadurch schwer, beim bestehenden Angebot unterzukommen.

In den meisten ländlich geprägten Kommunen verlieren Vereine aller Art ihren Nachwuchs. Teilweise fusionieren Vereine, andere beenden ihre Arbeit. Besonders bemängelt wurde die hohe bürokratische Last, die auf den Vereinsvorständen lastet und die ständig zunimmt. Speziell in Sportvereinen gibt es immer weniger Übungsleitende, sodass Angebote teilweise eingeschränkt werden müssen (s. Kapitel 8.2.1.5).

Teilweise wurde bemängelt, dass sportliche Betätigung im Winter aufgrund von mangelnden Hallenflächen nur eingeschränkt möglich ist und Bolzplätze in einem schlechten Zustand sind oder ganz abgeschafft wurden. Dies lag teilweise am Widerstand von Anwohnenden.

Die Zukunft des gastronomischen Sektors wird fast überall als ungewiss betrachtet. An übergeordneten Problemen zeigt sich dementsprechend eine Abnahme von Treffpunkten wie z. B. Cafés, Bürgerhäusern oder Gaststätten (s. Kapitel 8.2.1.1). Außerdem wird eine Abnahme an Geschäften (Supermärkte etc.) wahrgenommen.

Bedarf

Es sollen vor allem in städtischen Strukturen mehr Orte im öffentlichen Raum geschaffen werden, an denen sich die Menschen wohl fühlen. Der Ausbau und die Instandsetzung von Sportstätten und Bolzplätzen wird in verschiedensten Teilen des Landkreises gefordert. Sporthallen

Ergebnisse

müssen ausgebaut werden, um besonders im Winter einem Bewegungsmangel vorzubeugen. Diese Maßnahmen sollen niedrigschwellig alltägliche Bewegung ermöglichen.

Weiterhin besteht übergeordnet in vielen Gemeinden/Städten/Stadtteilen der Bedarf, die Bekanntheit der vorhandenen Angebote zu steigern. Dies könnte zum Beispiel in Form eines strukturierten Stundenplans über die vorhandenen Angebote der Umgebung und deren Preise als Heft oder auf einer Homepage stattfinden. Ferner wird seitens der Interviewten gewünscht, dass die Krankenkassen mehr Informationen über Angebote aus dem gesundheitsfördernden Bereich und deren Erstattungen verbreiten.

8.2.1.2 Intergenerationelle Begegnung

Strukturen

Mehrgenerationenangebote wurden immer wieder im Verlauf der Interviews benannt. Sie haben oft verschiedene Ziele und lassen sich grob in Angebote unterteilen, die Eltern und ihre Kinder zusammenbringen sollen, solche, die Senioren/Seniorinnen in die Arbeit mit Kindern integrieren und solche, die alle Altersgruppen verbinden sollen.

Intergenerationelle Begegnungen werden durch Bewohnendenfahrten, Mittagstische, Feste und Familienzentren ermöglicht. Obwohl diese Treffpunkte oft gegründet wurden, um Alleinstehenden, Alleinerziehenden und älteren Menschen den sozialen Kontakt zu erleichtern, sind sie oft explizit für alle zugänglich [*„Wir haben die Haltung, dass wir [...] Angebote so gestalten, dass sie niederschwellig offen sind für alle [...], weil sonst auch Begegnung nicht stattfindet“*].

Mehrgenerationen(-spiel-)plätze bestehen z. B. bereits in Lohra und in Amöneburg. Während der Platz in Lohra gut angenommen wird, wird der Platz in Amöneburg nur mangelhaft genutzt.

In einigen Städten und Gemeinden gibt es in Kitas Angebote, in denen mit Eltern und Kindern zusammen gekocht wird. Teilweise wird sogar mit den Kindern zusammen eingekauft und es gibt Küchen in Kindergröße.

Eltern-Kind-Turnangebote sind weit verbreitet. Sie werden oft als Mutter-Kind-Turnangebote bezeichnet, was eventuell darauf schließen lässt, dass diese Angebote weitgehend nur Frauen (und ihre Kinder) erreichen.

In Fördergebieten des Programms „Soziale Stadt“ in Marburg gibt es Gruppen mit Namen wie „Fußstapfen“ oder „Zusammen Wachsen“, die Eltern mit ihren Kindern zum Spielen einladen. Die Kompetenzen der Eltern sollen beim gemeinsamen Spielen gestärkt und Fragen beantwortet

Ergebnisse

werden. Außerdem sollen Ängste vor der Natur, insbesondere im vorbildlich wirkenden Abenteuergarten des IKJG im Stadtwald genommen werden. Für Eltern können diese Orte auch als soziale Treffpunkte funktionieren, die gerade für Viertel mit hoher Bevölkerungsfluktuation hilfreiche Anknüpfungspunkte darstellen können. Diese Gruppen fungieren außerdem als Möglichkeiten für Stadtteilorganisationen, niedrigschwellig mit den Einwohnenden in Kontakt treten zu können.

Senioren/Seniorinnen treffen oft als Vorlesepaten/-patinnen (auch als ‚Vorleseomas‘ bezeichnet) in den Kitas auf Kinder. Zudem engagieren sich Anwohnende häufig ehrenamtlich in Kitas. Erwähnt werden hier unter anderem ein ‚Waldopa‘, ein Schäfer und eine Frau, die mit Kindern Gartenarbeit macht. In Amöneburg spielt eine Flötengruppe regelmäßig in Altersheimen und eine Senioren-/Seniorinnenbeauftragte klärt die Kinder über Demenz und ihre Folgen auf, damit diese verstehen, was eventuell zuhause mit ihren Großeltern vor sich geht.

Probleme

Vielorts fällt laut den Interviewten die Großfamilie als unterstützende Instanz in der Kindererziehung weg, zeitgleich nimmt die Bedeutung der Gemeinschaft und damit auch das Aufeinandertreffen verschiedener Generationen immer weiter ab, sodass Menschen in Notlagen anstatt auf die traditionelle Nachbarschaftshilfe immer mehr auf professionelle Unterstützung bauen müssen. Zudem führen die Digitalisierung und der Verlust der lokalen Strukturen zu einer Abnahme sozialer Interaktion. Diese Entwicklungen werden immer wieder als eine Entsolidarisierung einer Gesellschaft begriffen, in der Geld und Produktivität eine immer größere Bedeutung beigemessen wird.

Teilweise bestehen Mehrgenerationenplätze, die aber nicht genutzt werden. Eine Belebung müsste, laut Interviewten, über einen Verein erfolgen. Die bereits ehrenamtlich tätigen Menschen sind hiermit überfordert.

Bedarf

Insgesamt wird ‚mehr soziales Miteinander‘ und ‚weniger Stress‘ gefordert. Um das soziale Miteinander zu stärken, wird immer wieder die Schaffung und Ausweitung von Treffpunkten, an denen verschiedene Generationen zusammentreffen, gefordert. Verschiedenste Formen wurden für diese Treffpunkte vorgeschlagen, unter ihnen sind z. B. ein offenes Haus, Projektwochen oder regelmäßige intergenerationelle Veranstaltungen wie Kochtage. Insbesondere soll mehr mit Kindern und ihren Eltern zusammen gekocht werden, um Ernährungsproblematiken an ihrer

Ergebnisse

Wurzel, die vielfach in Familien gesehen wird, anzugehen. In Wetter wird ein Spieletreff gewünscht, um Integration zu fördern.

Mehrfach wurde der Wunsch nach einem Mittagstisch für alle Altersgruppen geäußert. Da im ländlichen Raum die Anzahl der möglichen Interessierten pro Ortschaft gering ist und die meisten Einwohnenden einen großen Bewegungsradius haben, besteht hier nicht die Notwendigkeit, in jeder Kommune oder Stadt vorzuhalten. Hier wurde die Idee geäußert, zum Beispiel Kooperationen mit den Nachbarkommunen einzugehen.

Bestimmte Strukturen werden jedoch als vor Ort unbedingt notwendig empfunden. [*„Das Ziel ist nach wie vor, dass wir das Angebot möglichst viel vor Ort ins Quartier bringen wollen“*]. Hierzu zählen beispielsweise (Familien-)Zentren, die als Anlaufstelle zur Vermittlung verschiedener kreisweiter Angebote und Organisationen sowie als Bildungs- und Beratungsstelle dienen sollen. Als weitere Idee, die lokal umgesetzt werden kann, wurde häufig das Errichten von Mehrgenerationenspielflächen genannt. Ferner werden Großelternpatenschaften oder neu belebte Bürgerhäuser als geeignete Möglichkeiten gesehen, generationenverbindende Angebote vor Ort populärer zu machen.

8.2.1.3 Informationsbeschaffung und Beratung

Strukturen

Informations- und Beratungsangebote wurden immer wieder als unterstützende Angebote benannt, die für Menschen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, essenziell sein können. Die Niedrigschwelligkeit von Beratungs- und Informationsveranstaltungen wurde dabei immer wieder in den Fokus gerückt.

Vor allem in den größeren Städten des Landkreises sind verschiedene Beratungsinstitutionen ansässig. So findet man häufig städtische Beratungsangebote oder gemeinnützige Vereine (s. Kapitel 8.2.1.4), die über entsprechende Beratungsstellen verfügen. Die Beratungsangebote werden besser angenommen, je niedrigschwelliger sie angeboten werden. Zu den vorhandenen Beratungsangeboten zählen Sozial-, Sucht-, Erziehungs-, Familien- oder Schuldnerberatung. Dabei werden die Beratenden vielfach an weitere unterstützende Angebote und Organisationen weitervermittelt. [*„Es ist so, dass Beratungsangebote der Türöffner sind“*]. So können Einwohnende über entsprechende Vermittlungsstellen in Kontakt mit verschiedenen Selbsthilfegruppen treten. Über Flyer oder (kirchliche) Mitteilungsblätter werden die Bürger in einigen Gemeinden

Ergebnisse

niedrigschwellig über entsprechende Angebote informiert. Häufig wurde erwähnt, dass Eltern auch in Kitas mit Informationen versorgt oder direkt beraten werden.

Best Practice: Informationsverbreitung in Biedenkopf

In Biedenkopf wird viel dafür getan, die Bürger niedrigschwellig mit Informationen zu versorgen. So findet man zum Beispiel Flyer mit entsprechender Angebotsübersicht im Bürgerbus. Auch im lokalen Gebrauchtkleiderladen finden unverbindliche Beratungen durch die Mitarbeitenden statt, die oft als Türöffner dienen.

Probleme

Als übergeordnetes Problem wurde sowohl in der Stadt als auch auf dem Land genannt, dass viele soziale Angebote nicht niedrigschwellig genug sind und die Zielgruppen nicht angemessen erreicht werden. In ländlichen Strukturen führt fehlende Anonymität dazu, dass viele Menschen soziale Angebote nicht wahrnehmen.

Bedarf

Informationen und Beratungsangebote sollen besser zugänglich werden. In Zukunft muss durch eine Stärkung der Niedrigschwelligkeit gewährleistet werden, dass Zielgruppen durch vorhandene Strukturen erreicht werden.

8.2.1.4 Soziale Arbeit

Strukturen

Anbieter sozialer Arbeit sind sowohl in der Stadt als auch auf dem Land gemeinnützige Vereine, die sich in verschiedenen Bereichen für eine Verbesserung der Lebensumstände einsetzen. Der Schwerpunkt liegt hier oftmals bei Selbstwirksamkeit und seelischer Gesundheit, man findet unter anderem (Frauen-)Treffe, verschiedene Arbeitsgruppen für Tanz-, Kreativ- und Kochkurse, Bewegungsangebote, gemeinschaftliche Fahrten sowie spezialisierte Angebote für die einzelnen Altersgruppen. Außerdem gibt es Kooperationen mit Institutionen wie Sportvereinen. [*„Zusammenarbeit ist das A und O“*]. Im urbanen Raum besteht ein bedeutender Teil der Arbeit daraus, Qualifizierungsarbeit zu betreiben und somit Bewohner aus- oder weiterzubilden. In den größeren Städten und Stadtteilen sind hauptamtlich angestellte Fachkräfte für soziale Arbeit von großer Bedeutung für die Funktionalität vorhandener Angebote. [*„Wir haben hier im Stadtteil einfach einen großen Bedarf an Sozialarbeitern. ... Das ist ein ganz wichtiger Aspekt für uns“*]. Im ländlichen Raum besteht i. d. R. weniger Bedarf an professionell begleiteten Strukturen der sozialen Arbeit, es findet viel auf ehrenamtlicher Basis statt.

Best Practice: Die „Soziale Stadt“ (heute „Sozialer Zusammenhalt“)

Das bundesweite Programm „Soziale Stadt“ förderte zum Erhebungszeitpunkt im Landkreis Stadtteile der Städte Marburg, Neustadt und Stadtallendorf, indem es „städtebauliche Investitionen in das Wohnumfeld, die Infrastruktur und die Qualität des Wohnens“ (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung i. A. des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen o. D.) tätigte. Das erklärte Ziel war, „in den betreffenden Quartieren den sozialen Zusammenhalt und die Integration aller Bevölkerungsgruppen“ (ebd.) zu stärken. Damit war das Programm selbst an der Gestaltung von gesunden Lebenswelten beteiligt.

In den Fördergebieten standen beispielsweise Quartiersmanagement, Gemeinwesenbüros und Beratungsangebote direkt mit dem Projekt in Verbindung. Außerdem entstand in einigen Stadtteilen das Projekt der sogenannten Stadtteilpaten/-patinnen, die aus Anwohnenden aller Altersgruppen rekrutiert wurden und sich für ihre Stadtteile einsetzten. [*„Die Leute tun was für sich und sie tun was für den Stadtteil. ... Ich denke, das ist für die Leute prima, weil sie dort auch eine Wertschätzung erfahren“*]. Die ehrenamtlich Engagierten erfuhren im Verlauf Unterstützung durch Qualifizierungsmöglichkeiten, z. B. in Öffentlichkeitsarbeit. Die Idee der Stadtteilpaten/-patinnen wirkte dabei sehr erfolgreich. Sie förderte die Kommunikation verschiedener Gruppen untereinander und stellte den niedrighschwelligigen Zugang zu Angeboten der Gemeinwesenarbeit sicher. Weiterhin nutzten einige Stadtteilpaten/-patinnen das Programm als Sprungbrett in die Arbeitswelt. Das Engagement wurde mit Zertifikaten und teilweise mit Aufwandsentschädigungen honoriert. Besonders vorbildlich schien das Konzept der Stadtteilpaten/-patinnen in Marburg-Stadtwald umgesetzt zu werden.

Kennzeichnend für die Marburger Stadtteile war eine Involvierung von Anwohnenden in die Gestaltung des lokalen Angebots. In den Stadtvierteln Waldtal und Stadtwald-Ockershausen gab es Stadtteilpaten/-patinnen, die an die Gemeinwesenarbeit angegliedert waren. Diese hielten den Kontakt zu Familien aufrecht, verbreiteten Informationen über Angebote und boten teilweise selbst welche an.

Probleme

Im städtischen Raum wurden als übergreifende gesundheitliche Probleme der Bevölkerung die weit verbreitete Armut und die daraus folgende Wohnsituation der Menschen benannt. Der Wohnraum befindet sich oftmals in einem schlechten Zustand, auch findet man einige Obdach-

Ergebnisse

lose. Es besteht weiterhin eine hohe Arbeitslosenquote und eine daraus folgende Perspektivlosigkeit. Diese zieht nicht selten psychische Erkrankungen sowie Drogenmissbrauch (v. a. Alkohol, Nikotin und Cannabis) nach sich. Ferner wurde in den Interviews von Gewalterfahrungen vieler Einwohnenden berichtet und in diesem Zuge kritisiert, dass es kaum Angebote zur Gewaltprävention bzw. Beratungsstellen für Opfer gibt.

Weiterhin stellen insbesondere in Gemeinden/Städten/Stadtteilen, die nicht den Status eines ‚sozialen Brennpunkts‘ haben, die mangelnde Bereitstellung von finanziellen Mitteln und Räumlichkeiten sowie Personalmangel Probleme dar [„*Manche Projekte, die wichtig oder sinnvoll wären, kann man einfach nicht starten, weil man keine finanzielle Grundlage und vor allem die Stunden einfach nicht hat. ... Es wird nicht zu Ende gedacht*“].

Bedarf

Es sollen noch mehr Menschen von den sozialen Angeboten erreicht werden, indem z. B. die Verfügbarkeit durch längere Öffnungszeiten verbessert wird. Der von den Interviewten geäußerte Bedarf bezieht sich außerdem auf eine Steigerung der Kontinuität in der sozialen Arbeit. Anstelle des Projektcharakters soll eine Regelmäßigkeit eintreten. Hierzu wird sehr häufig eine Aufstockung der finanziellen Mittel gefordert, um mehr hauptamtlich beschäftigte Fachkräfte für soziale Arbeit anstellen zu können [„*Nach außen hin passiert hier was ..., aber die Arbeit, die hier eigentlich geleistet werden muss, dazu muss erstmal eine zweite Fachkraft [mit pädagogischer Ausbildung] eingestellt werden. ... Es könnten deutlich mehr Projekte gestartet werden*“]. In kleineren Gemeinden, die keinen Bedarf an Fachkräften für soziale Arbeit haben, wird vor allem eine Zunahme von staatlicher Verantwortung und politischen Strukturen gewünscht, die Institutionen wie z. B. die gemeinnützigen Vereine unterstützen. Handlungsbedarf wird hier also auf einer politisch übergeordneten Ebene gesehen.

Weiterhin wird die Einführung von hauptamtlich angestellten Beauftragten für jede Altersgruppe, die die jeweilige Interessenvertretung auf der politischen Ebene übernehmen, als sinnvoll erachtet. Zudem wurde seitens der Interviewten der Wunsch geäußert, Räume wie Kitas und Schulen nachmittags oder abends zu öffnen, um mit diesen noch mehr sozialen Initiativen eine Arbeitsgrundlage zu geben.

8.2.1.5 Ehrenamtlichkeit, Übungsleitendentätigkeit und Vereinsbeitritt

Strukturen

Die Rolle des Ehrenamts stellte sich immer wieder als zentrales Interviewthema heraus, da viele Angebote des gesundheitsfördernden und präventiven Bereichs oft nahezu vollständig ehrenamtlich getragen werden. Ehrenamtlichkeit wird dementsprechend als unabdingbar für die Funktionalität einer Gesellschaft erachtet [„*Ich denke, dass das Prinzip der Ehrenamtlichkeit ... sehr wichtig ist*“]. Als ebenso essenziell gelten die (oft nur geringe Aufwandsentschädigungen erhaltenden) Übungsleitenden für das Funktionieren der bestehenden Vereinsstrukturen.

Best Practice: Ehrenamtsmanagement und Nachwuchsrekrutierung

Besonders erfolgreich im Anwerben von Nachwuchs sind Vereine und Organisationen, die schon im Kindesalter anwerben, etwa indem sie Kooperationen mit Kitas und Schulen eingehen. Außerdem wurde immer wieder von Vereinen berichtet, die ihr Angebot ‚modernisiert‘ haben, etwa indem im Gesangsverein auch moderne Musik gespielt wird oder indem im Sportverein ‚moderne Sportarten‘, wie z. B. Capoeira und Zumba, angeboten werden. Besonders Sportvereine in der „Sozialen Stadt“, die in Gemeinwesenarbeit eingebunden sind, scheinen keine Nachwuchsprobleme zu haben. Einige Organisationen achten zudem sehr darauf, Ehrenamtliche nicht zu überfordern und sie nur mit größeren zeitlichen Abständen einzuplanen. Dies soll sicherstellen, dass Ehrenamt Spaß macht und nicht als Last empfunden wird, die früher oder später aufgegeben wird.

Probleme

Die Bereitschaft, ehrenamtliche Tätigkeiten zu übernehmen oder überhaupt Vereinsmitglied zu sein, nimmt besonders in den ländlichen Städten und Kommunen ab. Dies ist als besonderes Risiko für die Gesundheit der Gesellschaft zu bewerten, da mit dem Nachlassen des Ehrenamts auch viele Angebote eingeschränkt werden müssen.

Die Ursache des Trends wurde von den Interviewten im gesellschaftlichen Wandel erklärt, der durch Digitalisierung, Individualisierung und Abwanderung aus ländlichen Gebieten gekennzeichnet ist. Besonders der zunehmende Stress im Alltag und Zeitmangel führen dazu, dass immer weniger Leute Ehrenämter übernehmen [„*Wir haben das betriebswirtschaftliche Prinzip der Optimierung und Selbstoptimierung auf die gesamte Gesellschaft übertragen und ich glaube, dass das krank macht*“]. Der abnehmende Nachwuchs wurde insbesondere im Bereich der Jugendlichen problematisiert.

Ergebnisse

Für das Nachlassen ehrenamtlicher Verantwortungsübernahme im Verein wird unter anderem die Überforderung durch zunehmende technische Anforderungen (gerade bei Älteren) und Bürokratie verantwortlich gemacht [„*Da muss man mit der Ehrenamtlichkeit aufpassen, dass man die Leute da nicht überfordert*“]. In der Folge schrecken Ehrenamtliche aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen oder sogar finanziellem Ruin immer öfter vor dem Engagement zurück. Es ist so, „*dass es in den letzten Jahren, Jahrzehnten immer schwieriger geworden ist, Ehrenamtlichkeit ohne Ängste durchzuführen, [...] ohne Angst, irgendetwas falsch zu machen*“. Es wurde zum Beispiel ein Verein erwähnt, der schon seit 10 Jahren ohne Vorsitzenden auskommt, da niemand diese Verantwortung tragen möchte. Teilweise fusionieren Vereine bereits oder stellen ihre Arbeit ganz ein.

Auch die nachlassende Bereitschaft, Übungsleiter:in zu werden, wurde in vielen Kommunen thematisiert. Jugendliche sind durch Ganztagschulen stark eingebunden und die Aufwandsentschädigung für die Tätigkeit ist aufgrund von Geldmangel sehr gering.

Während die Politik zentrale Fürsorgebereiche dem Ehrenamt überlässt [„*Ohne das Ehrenamt würde das ganze System zusammenbrechen*“] und sich auch in anderen Bereichen auf es stützt, fehlt planerische Sicherheit, da Gelder rar sind und viele Angebote von wenigen engagierten Menschen abhängen. Bei vielen Vereinen, sozialen Initiativen und sogar bei einigen Feuerwehren wird bezweifelt, ob diese eine Zukunft haben.

Bedarf

Um das Ehrenamt und die Übungsleitendentätigkeit attraktiver zu gestalten, wurden in den Interviews finanzielle Aufwandsentschädigungen, Gutscheine oder andere kleine Geschenke, die Bezuschussung von Lehrkursen sowie Zertifikate vorgeschlagen. Fraglich ist, welche Rolle die Stadt/Gemeinde z. B. als Geldgeber hierbei spielen kann. Weiterhin wird eine allgemeine Umgestaltung zur Entlastung des Ehrenamts als notwendig erachtet. So muss zum Beispiel der Verwaltungsaufwand in Vereinen reduziert werden und das Ehrenamt umfassender professionell begleitet werden. Für Ehrenamtliche muss außerdem vermehrt darauf geachtet werden, dass die Taktung der Einsätze keine Überforderung bedeutet und Ehrenamt so Spaß macht. Des Weiteren soll Entlastung stattfinden, indem vom Gesetzgeber mehr Absicherungen geschaffen bzw. bisherige verkomplizierende Verordnungen abgeschafft werden. [„*Gesetze, Verordnungen so zu erstellen, dass sie auch für den Ehrenamtler ohne juristischen Beistand durchführbar ist*“].

Ergebnisse

Um dem allgemeinen Eindruck entgegenzuwirken, dass der Staat vielfach Aufgaben an Ehrenamtliche abgibt, die in der Konsequenz überfordert sind, wird eine vermehrte Verantwortungsübernahme von diesem gefordert: *„Prävention beginnt damit, dass der Staat seine Aufgaben wahrnimmt“*.

Als eine weitere Möglichkeit, um auf die Situation der mangelnden Übungsleitenden zu reagieren, ist ein Angebot vom Landkreis denkbar, bei dem die Übungsleitenden der Module gestellt werden und die Gemeinde bzw. Stadt nur noch den Raum zur Verfügung stellt [*„dann muss er (der Landkreis) wie bei so einem Katalog ... seine Module haben, wir machen ein Kreuzchen, wir müssen für den Raum sorgen. ... Das Modul muss für uns so aufbereitet sein, dass wir nur anrufen müssen und sagen: ... Das ist der Raum und so geht's los“*].

Zudem soll die Vernetzung von Jung und Alt gefördert werden, um so möglicherweise mehr Kinder und Jugendliche für das Ehrenamt rekrutieren zu können.

8.2.1.6 Verkehrsinfrastruktur

Strukturen

Die Verkehrsinfrastruktur im Kreis Marburg-Biedenkopf ist zum großen Teil zufriedenstellend: die Anbindung an Marburg über den ÖPNV wird insbesondere zu den Arbeitszeiten vielerorts als ausreichend empfunden, sodass die Kreisstadt für viele kulturelle Angebote als gut zu erreichende und wichtige Anlaufstelle wahrgenommen wird. Eine Ausnahme stellen hier peripher gelegene Gemeinden dar, die nicht an einer Zugstrecke liegen. Besonders für Senioren/Seniorinnen, in manchen Ortschaften aber auch für alle, hat sich in den letzten Jahren der Bürgerbus etabliert (s. Kapitel 8.2.3.7). Vielerorts wird dieser gut angenommen, teilweise gibt es im Betrieb aber auch Probleme. Manche Gemeinden setzen statt Bürgerbus auf Nachbarschaftshilfe.

Probleme

Als gesundheitsbezogenes Risiko wird aufgeführt, dass Menschen in prekären Lebensumständen sich trotz hervorragender Anbindung kaum über die Grenzen des Stadtteils/der Gemeinde hinausbewegen. Dies liegt möglicherweise an den Kosten, die damit verbunden sind. Außerdem sind einige Gemeinden außerhalb von wichtigen Tarifzonen verortet, weshalb die Mobilität der Gemeindemitglieder eingeschränkt ist.

Ergebnisse

Bedarf

Als Bedarf benannten einige Interviewte noch mehr Optionen der kostengünstigen Mobilität. Manchmal wurde eine engere Taktung der Busse (zu Randzeiten) besprochen, in anderen Gemeinden wurde die Schaffung von Alternativen wie z. B. Carsharing als Möglichkeit gesehen. Als weitere Option, die insbesondere von Geflüchteten, Menschen in Armut oder Senioren/Seniorinnen genutzt werden soll, wurde ein Zugahresticket (365€-Ticket) vorgeschlagen. Hinzu kommt in einigen Gemeinden die Schaffung, Ausweitung oder Veränderung des Bürgerbus-Angebots, um es stärker am Bedarf zu orientieren.

8.2.1.7 Barrieren

Strukturen

Die Schaffung von Barrierefreiheit ist ein zentrales Thema bei der Umgestaltung des öffentlichen Raums. Dabei sind es mehrere Bevölkerungsgruppen, die besonders von Barrierefreiheit profitieren. Dazu zählen Menschen mit einer körperlichen Behinderung, Senioren/Seniorinnen oder Menschen mit Kinderwagen. In den Interviews wurde die Schaffung von Barrierefreiheit (auch in Wohnungen) immer wieder thematisiert. Bei neuen Bauprojekten wird sie i. d. R. berücksichtigt.

Probleme

Barrierefreiheit ist meist nicht ausreichend gegeben. Dabei spielen Barrieren in den Bereichen des öffentlichen Lebens, vor allem aber auch in Wohnungen eine Rolle. Besonders problematisch wird es, wenn es um den Umbau bereits bestehender Gebäude oder Wege geht [*„Wir stoßen in öffentlichen Gebäuden und auch sonst sehr schnell an unsere Grenzen“*].

Bedarf

Es wird fast überall großer Handlungsbedarf in Sachen Barrierefreiheit gesehen. Hierbei geht es sowohl um die Bereiche des öffentlichen Lebens als auch um die Schaffung von barrierearmem bzw. -freiem, kostengünstigen Wohnraum.

8.2.1.8 Medizinische und psychosoziale Versorgung

Strukturen

Die allgemeinmedizinische Versorgung sowie die Ausstattung mit Apotheken werden teilweise als ausreichend empfunden. Häufig wurde jedoch betont, dass durch den hohen Altersdurch-

Ergebnisse

schnitt des ärztlichen Fachpersonals, das kurz vor der Rente steht, eine Versorgungslücke in Zukunft absehbar ist. Im klassisch-gesundheitlichen Bereich findet man außerdem Angebote in Form von Physiotherapie, Psychotherapie, Krankenhäusern und Pflegediensten. Vor allem für den Ostkreis stellen die LOK in Stadtallendorf bzw. deren Außenstellen wichtige psychosoziale Beratungsstellen dar. In den Stadtvierteln Marburgs bzw. in größeren Städten des Landkreises findet man zudem immer wieder gemeinnützige Vereine, die über Beratungsstellen für beispielsweise Sucht oder psychische Erkrankungen verfügen. Vereinzelt finden Veranstaltungen zur Aufklärung über psychische Krankheiten statt.

Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind i. d. R. übergeordnet in der Kernstadt Marburgs zu finden. In manchen kleineren Gemeinden wurde darauf hingewiesen, dass es für einige Menschen sogar wünschenswert sein kann, solch sensible Angebote nicht vor Ort wahrzunehmen, sondern auf Angebote in Nachbargemeinden und -städten zugreifen zu können, da hierdurch Anonymität gewahrt wird.

Selbsthilfegruppen findet man umso häufiger, je urbaner der Raum wird. In jedem Fall stellen aber die zahlreichen Beratungs- und Selbsthilfeangebote in Marburg eine wichtige Anlaufstelle dar. Für Menschen mit Alzheimer oder deren Angehörige wurden in vielen Orten Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreise ins Leben gerufen. Außerdem findet man auch andere Selbsthilfegruppen wie z. B. die Anonymen Alkoholiker oder seltener auch eine Selbsthilfegruppe für ADHS-Erkrankte und deren Angehörige sowie ein Trauercafé.

Probleme

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf ist wie andere ländliche Regionen zu großen Teilen vom allgemeinen Mangel an Landärzten/-ärztinnen betroffen bzw. wird es in Zukunft aufgrund von Beratungen sein. Kritisiert wurde, dass so möglicherweise keine freie Arztwahl mehr herrscht und die Qualität der Versorgung abnimmt. Ärztliches Fachpersonal tätigt immer weniger Hausbesuche. Auch gestaltet sich die Absprache von medizinischen und nichtmedizinischen Strukturen mitunter schwierig, wenn vor Ort keine ärztliche Ansprechperson verfügbar ist. Die Kassenärztliche Vereinigung probiert, ärztliches Fachpersonal anzuwerben, um der Unterversorgung entgegenzuwirken, was sich aber bisher als wenig erfolgreich zeigt. Die Versorgung mit Fachärzten/-ärztinnen wurde in einigen Orten als prekär beschrieben. Kritisiert wurde hier die Kassenärztliche Vereinigung, die keine Sitze für diese ausschreibt.

Es besteht in vielen ländlichen Gemeinden ein Mangel an Strukturen für die zunehmende Anzahl an psychisch Kranken [„*Da gibt es im ländlichen Raum zu wenig Angebote, das muss man einfach*

Ergebnisse

so sehen“]. Es besteht zum Beispiel kein Zugang zu akuter ambulanter Psychotherapie. Selbsthilfegruppen sind in einigen kleineren Gemeinden ebenfalls nicht etabliert. Auch die LOK (Stadtallendorf) mit ihrem Angebot bei psychischen Problemen ist in einigen Teilen des Landkreises (v. a. Westkreis) nicht bekannt. Hier gibt es auch keine vergleichbare Institution, die die Arbeit in diesen Fällen übernimmt, sodass die Menschen auf Akteure/Akteurinnen in Marburg angewiesen sind. Des Weiteren wurden eine schlechte Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und daraus entstehende Stigmata bemängelt.

Bedarf

Zur Lösung der ausgedünnten Versorgung mit ärztlichem Fachpersonal steht das Anwerben von Haus- und Fachärzten/-ärztinnen im Vordergrund. Ist dies nicht erfolgreich, wird eine Mischung aus mehreren Interventionen als realistisch empfunden. Am häufigsten wurde der Wunsch nach einem gemeindeübergreifenden Gesundheitszentrum/MVZ geäußert, das die ärztliche Versorgung sicherstellt. Hier soll das ärztliche Fachpersonal in Teilzeit im Angestelltenverhältnis arbeiten, da dies den Bedürfnissen der jungen Generation entgegenkommt. Telemedizin soll eingeführt und die klassische Gemeindeschwester zurückgeholt werden. Zudem könnte es einen ‚Landarztbus‘ geben.

Ärztliches Fachpersonal soll besser in Verhältnisprävention und Suchterkrankungen geschult werden. Außerdem sollen Ärzte/Ärztinnen besser über gesundheitsfördernde Dienste Bescheid wissen und informieren können. Insbesondere in ‚sozialen Brennpunkten‘ wird hervorgehoben, dass der Kontakt von Ärzten/Ärztinnen und Gemeinwesen-Organisation erleichtert ist, wenn sie vor Ort behandeln. Daher wurde der Wunsch geäußert, ärztliches Fachpersonal schon im Studium Praktika in sozialen Brennpunkten machen zu lassen und sie über die besonderen Strukturen und Probleme in einem solchen Setting aufzuklären.

Es besteht außerdem der Bedarf, die Akutversorgung der psychisch Erkrankten deutlich zu verbessern. Es soll mehr Selbsthilfegruppen geben, aber auch mehr Kooperation dieser selbstorganisierten Gruppen mit Fachkräften und ärztlichem Fachpersonal [„Politik ist da gefragt, Geldgeber ist gefragt, Personal, aber auch Gruppen, die wir vielleicht initiieren, in denen die Leute die Möglichkeit haben, sich auszutauschen“]. Außerdem soll die Erreichbarkeit von Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen bzw. psychiatrischen Fachkräften besonders bei Notfällen erleichtert werden. Ferner werden mehr Streetworker gewünscht, die aufsuchende Arbeit bei Suchterkrankungen betreiben.

8.2.2 Erkenntnisse bei der Altersgruppe Erwachsene im mittleren Lebensabschnitt (19-64 Jahre)

8.2.2.1 Überblick über die Gesprächsteilnehmenden

Die Gruppe der Erwachsenen wurde in den Interviews aus Eigeninitiative wenig thematisiert. Während z. B. zahlreiche Fachkundige für Kinder und Senioren/Seniorinnen anwesend waren, gab es keine einzige Person, die auf die Altersgruppe der Erwachsenen im mittleren Lebensabschnitt spezialisiert war. Dennoch kam es zu einem großen Informationsgewinn, da der Großteil der Teilnehmenden dieser Altersgruppe angehörte.

8.2.2.2 Vereinsleben, Kultur, Naherholung, Gastronomie

Strukturen

Allgemein gibt es ein großes Angebot an Möglichkeiten der Naherholung für Erwachsene. Sowohl in den peripheren Gemeinden als auch in den befragten Stadtvierteln wird wie oben beschrieben über einen problemlosen und schnellen Zugang zu Wald-, Park- und Grünanlagen berichtet, die zu freien Angeboten wie z. B. Parksport einladen. Weiterhin werden die verfügbaren Wanderwege ausgiebig von privat organisierten Wander- oder Nordic-Walking-Gruppen genutzt.

An fest organisierten und etablierten Strukturen kann man auch für die Erwachsenen überall ein Angebot aus Sportvereinen und VHS-Kursen finden. Auf sportlicher Ebene wurden am häufigsten gut angenommene Gymnastikgruppen und Rückenschulen erwähnt. Außerdem findet man aufgrund der damit verbundenen Flexibilität eine Zunahme der Nutzung von Fitnessstudios insbesondere von Seiten der jungen Erwachsenen. Ferner fanden noch Tanzgruppen im modernen oder traditionellen Stil (Volkstanz) oder Yogakurse Erwähnung. In einigen Gemeinden/Städten/Stadtteilen legt man außerdem Wert auf ein Sportangebot, das sich ausschließlich an Frauen richtet, wie z. B. Frauen-Schwimmen.

Andere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für Erwachsene gibt es in Form von zahlreichen Vereinen, die nicht im Sportsektor angesiedelt sind. Am häufigsten wurde von Gesangs- und Schützenvereinen gesprochen, die jedoch i. d. R. vor allem von dem älteren Anteil der Altersgruppe wahrgenommen werden. Außerdem wurde die Feuerwehr mehrfach als wichtige Akteurin im öffentlichen Leben genannt. Ferner gibt es neben Musikvereinen noch eine Reihe von Kulturvereinen, die von (älteren) Erwachsenen genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise Trachtengruppen, Brauchtums-, Dorf- oder Bürgervereine.

Ergebnisse

In der Freizeitgestaltung der Erwachsenen wird das Vorhandensein von Treffpunktmöglichkeiten im öffentlichen Raum durchweg als besonders wichtig erachtet. So spielen u. a. Cafés oder Gaststätten eine große Rolle sowohl bei offiziellen als auch bei inoffiziellen Zusammenkünften. Als Treffpunkte fungieren des Weiteren oft die Bürgerhäuser oder die Vereins- bzw. Kneipenräume einiger Vereine. Manchmal wurden auch Kindertagesstätten als Treffpunkte genannt.

Durch die i. d. R. gute Verkehrsanbindung an Marburg werden auch dort eine Vielzahl von Angeboten von den Erwachsenen wahrgenommen.

Probleme

Als eines der größten Risiken für die Gesundheit der Erwachsenen wurde der Wandel des kulturellen Angebots und der Gastronomie genannt [„*Das ist problematisch, die Kneipenszene. Gerade im Moment ist einiges im Umbruch*“]. Es kommt in diesem Zuge zu einer Abnahme von Treffpunkten wie z. B. Cafés, Bars, Gaststätten oder Kneipen, aufgrund dessen es auch immer weniger soziale Interaktion gibt [„*Insoweit gibt es einen automatischen Trend zur Vereinzelung bis hin zur Vereinsamung*“]. In einigen ländlichen Gemeinden findet man schon keinerlei solcher Treffpunkte mehr [„*Wenn so etwas fehlt, dann ist ein Defizit in der Gesellschaft da*“]. Begründet wurde der Trend – neben dem allgemeinen gesellschaftlichen Wandel – durch die Nähe der Stadt Marburg, da es viele Menschen dorthin zieht, um Gebrauch des vielfältigen kulturellen Angebots zu machen. Als Konsequenz sind die wenigen bestehenden Treffpunkte allerdings in ihrer Existenz bedroht. Auch die Vereinsheime werden zum Teil für das Kneipenschließen verantwortlich gemacht, da sie in der Vergangenheit die Funktion als Treffpunkt oft übernommen haben. Jedoch zeigt sich auch hier eine Abnahme der Nutzung sowie auch bei den Bürger- und Gemeindehäusern.

Es wurde außerdem über eine abnehmende Mitmachkultur von Seiten der Erwachsenen berichtet. Der Trend ist, dass immer weniger Erwachsene dazu bereit sind bzw. keine Zeit dazu haben, regelmäßig an Kursen teilzunehmen oder im Verein aktiv zu sein, sodass kaum Erwachsene in die momentan gut laufenden Senioren-/Seniorinnenkurse nachrücken. Es kommt in der Folge häufig zu einem Bewegungsmangel. Verursacht wird dieser Trend laut den Interviewten zum einen durch die vermehrten Anforderungen im Alltag der Altersgruppe. Zum anderen wird ein schlechter Zugang zu dieser Altersgruppe festgestellt, wodurch es erschwert wird, neue Erwachsene für (Sport-)Kurse zu rekrutieren. Außerdem wurde das Fehlen von Angeboten bemängelt, die den sportlichen Bereich für jüngere Erwachsene zwischen Jugend und Rente überbrücken.

Bedarf

Der Bedarf an Veränderung für die Zukunft wird bei den Erwachsenen vor allem bei einer Aufstockung des Freizeit- bzw. Sportangebots gesehen, z. B. in Form von mehr VHS-Kursen, durch mehr Räumlichkeiten, aber auch durch die Anpassung der Angebote an einzelne Bevölkerungsgruppen. Hier wurden im Verlauf der Interviews insbesondere Menschen mit muslimisch geprägtem Hintergrund und Frauen genannt. Konkret würde dies zum Beispiel eine Zunahme des mehrsprachigen Angebots sowie mehr Zeiten und Übungsleiterinnen für Frauenkurse bedeuten.

Außerdem wird gewünscht, mehr einzelne Projekte anstelle der laufenden wöchentlichen (Sport-)Kurse anzubieten, um auf zeitlichen Stress einzugehen und so die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen [„*Eine nicht so ganz strenge Regelmäßigkeit macht sicher für die Zukunft in irgendeiner Form Sinn*“].

Des Weiteren konzentriert sich der Bedarf bei den Erwachsenen auf die Schaffung von mehr Treffpunkten, Cafés etc., um soziale Zusammenkünfte und Kommunikation zu erleichtern. Menschen sollen wieder die Möglichkeit haben, sich „*einfach mal auf ein Getränk (zu) treffen*“. Außerdem soll es mehr kulturelle Angebote geben. In diesem Zuge sollen beispielsweise brachliegende Bürgerhäuser wieder mehr genutzt werden.

8.2.2.3 Psychische Gesundheit, Soziales und Beratung

Strukturen

Zu den vorhandenen Beratungsangeboten, die vor allem für Erwachsene relevant sind, zählen Sozial-, Erziehungs-, Familien- oder Schuldnerberatung. Zudem nimmt im Erwachsenenalter die Bedeutung von Selbsthilfegruppen zu, zu denen über entsprechende Vermittlungsstellen oder gemeinnützige Vereine Kontakt aufgebaut werden kann. Am häufigsten wurden Selbsthilfegruppen für Menschen mit Alzheimer und deren Angehörige genannt.

In den Stadtvierteln besteht ein bedeutender Teil der sozialen Arbeit daraus, Qualifizierungsarbeit zu betreiben und somit Erwachsene aus- oder weiterzubilden. Häufig wird von der Altersgruppe auch das Projekt „Stadtteilpate/-patin“ (s. Kapitel 8.2.1.4) wahrgenommen, bei dem Bewohnende Verantwortung für Gruppen oder Projekte übernehmen [„*Die Leute tun was für sich und sie tun was für den Stadtteil. ... Ich denke, dass ist für die Leute prima, weil sie dort auch eine Wertschätzung erfahren*“].

Ergebnisse

Probleme

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen wie Sucht und Depression werden mit zu den größten gesundheitsbezogenen Risiken bei der Altersgruppe der Erwachsenen gezählt. Dabei werden junge Eltern, pflegende Angehörige und Frauen als besonders belastet wahrgenommen. Außerdem wurde in diesem Zuge auch das steigende Stressniveau in der Arbeitswelt kritisiert. Der allgemeine Zeitdruck im Alltag und vermehrtes Pendeln führen oft zu Überforderung, was in der Folge auch eine Abnahme der Teilnahme an vorhandenen Angeboten und dementsprechend soziale Isolation nach sich zieht [*„Im vollen Erwerbsleben ist es wahnsinnig schwierig, sich am sozialen Leben im Wohnort zu beteiligen. Das merken Erwerbstätige zunehmend, dass der Job mehr fordert“*]. Des Weiteren tritt in diesem Zuge laut den Interviewten häufig ein ungesunder Ernährungsstil ein, der Bezug zur Natur geht zunehmend verloren. Ein weiteres gesundheitsbezogenes Problem ist der schlechte Zugang zu dieser Altersgruppe. Es wurde bemängelt, dass die Informationen und Angebote oft nicht niedrigschwellig genug sind, weshalb viele Erwachsene nicht erreicht werden. Dies betrifft gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie Angebote der medizinischen Gesundheitsvorsorge, die vor allem von Männern zu wenig genutzt werden.

Als weiteres Problem wurde vor allem in Städten bzw. in den Stadtteilen Marburgs genannt, dass es häufig zu Stigmatisierungen bestimmter Bevölkerungsgruppen kommt, die sich dann beispielsweise auch negativ bei der Jobsuche auswirken. Seltener wurden Gewalt gegen Frauen, Schulden und Rauchen als gesundheitsbezogene Risiken erwähnt.

Bei der Gruppe der jungen Erwachsenen wurden in einzelnen Interviews zwei zusätzliche Lücken gesehen. Zum einen wurde bemängelt, dass bei arbeitslosen jungen Erwachsenen aus bildungsfernen Familien im Gegensatz zur Gruppe der arbeitslosen Jugendlichen kaum noch aufsuchende Arbeit betrieben wird (wie z. B. im Rahmen des Projekts „Zweite Chance“). Zum anderen wurde in manchen Orten über zu wenig Wohnraum für junge Erwachsene berichtet.

Bedarf

Der Bedarf der Gruppe der 19- bis 64-Jährigen wird in allen Orten gleichermaßen in einer vermehrten Entlastung im Alltag gesehen. Konkret sind zeitliches ‚Entstressen‘ mit mehr Auszeiten, Entspannungsangeboten und Betreuungshilfen denkbar [*„Und ich würde wünschen, dass die Erwachsenen nicht immer so nur denken: Ich will mein Recht. ... Sondern dass man (mehr) wertschätzt“*]. Eine weitere Möglichkeit der Entlastung wird insbesondere in kleineren bzw. peripher gelegenen Gemeinden bei einem erleichterten Zugang zu niedrigschwelligen Beratungen und

Ergebnisse

Informationen zu Themen wie Gesundheit oder Aus- und Weiterbildung gesehen. So sollen bewusste und gesündere Lebensweisen gefördert werden. Ein Schwerpunkt soll dabei auf eine vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen gelegt werden.

8.2.2.4 Familien

Strukturen

Insgesamt werden im ganzen Landkreis viele Strukturen für Eltern und Kinder angeboten. Dabei spielen neben den Sportvereinen spezielle Anbieter wie z. B. Familienzentren eine große Rolle. Abgesehen von Eltern-Kind Veranstaltungen gibt es oft spezielle Sportkurse wie zum Beispiel Eltern-Kind-Turnen, seltener auch Sportangebote mit gleichzeitiger Kinderbetreuung. Häufig erwähnten die Interviewten außerdem noch Eltern-café's bzw. Elterntreffs mit Fokus auf niedrigschwellige medizinische Bildung und Austausch der Eltern untereinander.

Beratungsangebote für Eltern werden als wichtiges Instrument gesehen, um Familien Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention zugänglich zu machen [*„Die Mütter mit ins Boot zu holen, denen so einen Grundgedanken zu geben, dass sie selber mit reifen“*]. Oft wurde zum Beispiel das Projekt „Null bis Sechs“ des Landkreises genannt. Hier steht präventive Beratung für Eltern zu Themen wie Stressbewältigung im Vordergrund. Andere Institutionen für Beratungen sind Erziehungsberatungsstellen, Bündnisse für Familien und Familienberatung sowie die Familienhilfe des Jugendamts. Als geeigneter Zugang zu den Eltern wurden auch immer wieder Kindertagesstätten erwähnt, die entweder direkt beraten oder als Vermittlungsstelle fungieren.

Auffällig war, dass der Schwangerenberatung und -aufklärung im städtischen Raum große Bedeutung geschenkt wurde, während das Thema im ländlichen Raum kaum aufkam. Mancherorts wird bereits niedrigschwellig über ein Schwangerenprogramm oder eine Hebamme Kontakt zu werdenden Müttern gesucht. Hierbei wird die Arbeit explizit nicht auf die Schwangerschaft beschränkt, sondern während des ersten Lebensjahres des Kindes weitergeführt.

Im ländlichen Raum unterstützen Familien und Nachbarn sich noch gegenseitig bei vielen Belangen, wie z. B. auch bei der Kinderbetreuung.

Best Practice: Familienbildung in der Natur in Stadtwald/Ockershausen

Das Projekt „Familienbildung in der Natur“ im Stadtwald bietet Wanderungen und herausfordernde Bewegungsangebote für Kinder und ihre Eltern an, um den Eltern Berührungsängste mit der Natur zu nehmen [*„Eigentlich ist unser Ziel, dass ... die Eltern sehen, die Kinder sind fit genug*

Ergebnisse

und kennen die Gefahren ... und sind in der Lage auch selbstständig Feld und Wald aufzusuchen, die eigentlich die besten Spielräume sind, die es so für die Entwicklung der Kinder gibt“].

Best Practice: Allmende Projekt Fronhausen

Weiterhin zu nennen ist das Allmende-Projekt, das ein Selbstversorgungsprojekt ist, das vor allem von Familien genutzt wird. Hier steht zum einen die nachhaltige Verwertung von Resten durch das Einkochen dieser im Vordergrund. Zum anderen ermöglicht das Projekt Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen Zugang zu einer gesunden Ernährung aus regionalen Lebensmitteln. Das wirkt sich positiv auf den Ernährungszustand von Eltern und Kindern aus. Gleichzeitig werden die Bürger auch im Umgang mit selten genutzten Lebensmitteln geschult.

Probleme

Als gesundheitsbezogenes Problem wurde seitens der Teilnehmenden aufgeführt, dass einige Eltern durch steigenden Stress im Alltag zum einen immer weniger Zeit für Kindererziehung haben und zum anderen auch nicht zugänglich für vorhandene Strukturen sind, die darauf abzielen, Kindererziehung zu verbessern. Eltern sind dementsprechend oft nicht ausreichend über Themen wie Ernährung, Kindererziehung oder Kindergesundheit informiert, was sowohl für sie selbst als auch für ihre Kinder negative Folgen nach sich zieht. Als Beispiel wurde genannt, dass Angebote wie Impfungen von Teilen der Bevölkerung nicht oder kaum wahrgenommen werden. Ein weiteres Risiko besteht darin, dass der Bezug zur Natur zunehmend verloren geht [*„Ich glaube, ein großes Problem ist, dass viele Eltern selber keinen Bezug mehr ... zur Natur, zum Laufen, zum Spaziergehen haben“*]. Dieses wird laut den Interviewten u. a. durch zunehmende Ängste vor Verletzungen, Krankheiten etc. begründet [*„Die Angst und auch die medial geschürte Angst ist unglaublich groß“*].

Bedarf

Im Sinne der Familiengesundheit stellen Aktive vielerorts die Notwendigkeit fest, Eltern einen erleichterten Zugang zu Beratungen und Informationen zu den Themen (Kinder-)Gesundheit, Natur und Erziehung zu ermöglichen. Konkret könnte dies zum Beispiel über Schulungen erfolgen, die sich an Eltern richten und in den entsprechenden Einrichtungen (Kita, Schule) stattfinden [*„Auch, dass Ernährungslehre nicht nur ein Studienfach an der Uni ist, sondern dass gesundes Ernähren von vornherein (wichtig ist)“*]. Gewünscht werden vor allem niedrigschwellige Angebote, um eventuellen Hemmungen entgegenzuwirken. Zum Beispiel sind mehr Informationsabende für Eltern mit Fokus auf diese Themen oder die Anstellung eines Kinderarztes denkbar, der die Eltern niedrigschwellig mit Informationen versorgen kann. Der geäußerte Bedarf besteht

Ergebnisse

außerdem darin, mehr gemeinsame Eltern-Kinder-Veranstaltungen anzubieten, um Eltern mehr mit in die Kindererziehung einzubeziehen und sie gleichzeitig zu schulen. Dabei wurden beispielsweise mehr Kinder-Eltern-Kochtage oder Eltern-Kind-Turnangebote vorgeschlagen. Ferner sollen Familien im steigenden Alltagsstress mehr entlastet werden. Es werden mehr Entspannungsangebote für Eltern gewünscht. Konkret könnte dies z. B. in Form von Wohlfühlwochenenden stattfinden.

8.2.2.5 Pflegende Angehörige

Strukturen

Als Betreuungshilfe gibt es in einigen wenigen Gemeinden/Städten/Stadtteilen Angebote, die explizit der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Diese werden in manchen Fällen in Form von Tagespflegeeinrichtungen, etablierten Institutionen wie Pflegediensten oder der Diakonie angeboten. Seltener findet man auch Besuchs- oder Hilfsdienste von lokal aktiven gemeinnützigen Vereinen, die pflegende Angehörige entlasten, indem z. B. Zeitspannen für Einkäufe überbrückt werden. Auch die Alzheimer Gesellschaft wurde als Institution genannt, die Betreuungshilfen zur Entlastung pflegender Angehöriger zur Verfügung stellt.

Probleme

Die Belastung und Überforderung pflegender Angehöriger durch zu wenig unterstützende Strukturen bei der Pflege stellt ein großes Problem dar, das in der Folge auch gesundheitsbezogene Risiken psychischer Art für die Betroffenen bedeutet [*„Die Pflegenden werden ... auch irgendwann krank, weil die Belastung einfach viel zu hoch ist. ... Da fehlt definitiv die Unterstützung“*]. Ein Mangel an Informationen und daraus resultierende Unwissenheit über Möglichkeiten der Entlastung führt zu einer zusätzlichen Belastung der pflegenden Angehörigen [*„Vieles ist mangelnde Information von Seiten des Gesetzgebers“*]. Das Problem wurde vielerorts dadurch verstärkt, dass durch den gesellschaftlichen Wandel von der Groß- zur Kleinfamilie immer weniger gegenseitige Unterstützung innerhalb einer Familie möglich ist. Auch die Abnahme von unterstützenden nachbarschaftlichen Netzwerken durch weniger soziale Interaktion hat laut den Interviewten zu einer Intensivierung der Problematik geführt. Kritisiert wurde außerdem häufig die allgemeine Scham davor, vorhandene Hilfsnetzwerke zu nutzen, da dies das eigene Versagen bedeuten könnte. In einer Gemeinde wurde in diesem Zuge auch die Stigmatisierung einer Pflegeeinrichtung genannt, die dazu führt, dass Vorurteile die Menschen von einer Nutzung der Angebote abhalten.

Bedarf

Es wird ein enormer Handlungsbedarf bei der Entlastung pflegender Angehöriger gesehen [„Das Ding ist, dass man nicht nur zu Leuten, die pflegen, sagt: ‚Denkt mal an euch!‘. Sondern, dass man auch Möglichkeiten schafft, dass sie an sich denken können“]. Es wird geäußert, „dass man die Leute viel mehr aufklären müsste, was man alles machen könnte im Rahmen der Pflege“. In diesem Rahmen werden Kurse für pflegende Angehörige gewünscht, die strukturelle Informationen und kompakte Beratungen über Heime, Pflegedienste, Tagespflege etc. vermitteln. Diese sollen unbedingt vor Ort mit regelmäßigen Zeiten z. B. im Rahmen einer Sprechstunde stattfinden und Unterstützung bei Anträgen etc. beinhalten. Außerdem sollen pflegende Angehörige auf strukturell-politischer Ebene finanzielle Unterstützung erfahren. Vorgeschlagen wurde beispielsweise, dass während der Pflegezeit Einzahlungen in die Rentenversicherung stattfinden. Eine andere Idee ist ein Zuschuss in der Art des Erziehungsgeldes, das Pflegende beantragen können. Des Weiteren sollen mehr Betreuungshilfen bzw. Möglichkeiten der Tagesbetreuung zur Entlastung der Angehörigen geschaffen werden.

8.2.2.6 Alleinerziehende

Strukturen

Die Gruppe der Alleinerziehenden findet sich in den Interviews unterrepräsentiert. In sehr wenigen Städten/Gemeinden/Stadtteilen wurde die Gruppe explizit als Risikogruppe mit starker finanzieller, psychischer und sozialer Belastung genannt. Ebenfalls wurden kaum Angebote erwähnt, die einen Fokus auf Alleinerziehende als Zielgruppe haben. Zu den genannten Strukturen zählen teils aufsuchende Beratungsangebote mit Antragshilfen und in einer Stadt sehr gut angenommene Erholungsangebote für Mütter (mit oder ohne Kind) der Diakonie. Manchmal wurden auch bestehende oder geplante Mittagstische erwähnt, die einen Fokus auf vulnerable Gruppen wie Alleinerziehende haben.

Probleme

Die Interviewten bemängelten, dass Alleinerziehende oft keine Ferien haben, da viele Kitas während der Ferien schließen. Deshalb müssen sie sich in den Ferien, die sie sich oft mit einem Vollzeitjob freihalten, um ihre Kinder kümmern. Alleinerziehende auf dem Land werden bisher kaum von sozialen Angeboten erreicht.

Bedarf

Es soll vermehrt finanzielle Entlastungen für Alleinerziehende zum Beispiel in Form eines Sozialtickets sowie gratis Ferienspiele und Klassenfahrten geben. Es werden mehr Mittagstischangebote gewünscht. Weiterhin soll eine Kita pro Kommune in den Ferien offen haben, damit Alleinerziehende zeitlich entlastet werden. Außerdem wird gewünscht, dass es mehr Entspannungsangebote wie Erholungsfahrten gibt.

8.2.2.7 Arbeitswelt

Strukturen

Selten wurden Betriebssportangebote als bereits vorhandene Strukturen genannt. Als Besonderheit wurde lediglich von einem Bewegungs- und Gesundheitsprogramm für Ehemalige eines großen Süßwarenherstellers berichtet.

Probleme

Bei den Erwachsenen wird das steigende berufliche Stressniveau und die daraus resultierende Zeitnot auch im Privatleben als einer der größten Risikofaktoren gesehen. Viele Menschen stehen durch Schichtdienste, Lärmbelästigung oder schwere körperliche Arbeit unter einer zusätzlichen Arbeitsbelastung. Des Weiteren wurde bemängelt, dass die betriebliche Gesundheitsvorsorge zu wenig von den eigentlichen Zielgruppen genutzt wird, sondern vor allem Menschen anspricht, die bereits verstärkt auf ihre Gesundheit achten.

Bedarf

Der Bedarf der Gruppe der 19- bis 64-Jährigen wird in einer vermehrten Entlastung in Arbeitswelt und Alltag durch Ursachenbekämpfung des steigenden Stressniveaus gesehen [„*Wenn, dann müsste die Ursache (für den Stress) angegangen werden*“]. Mehr gesundheitsfördernde Maßnahmen auf der Arbeit werden als eine Möglichkeit betrachtet, wie dies erreicht werden kann. Außerdem besteht in diesem Sinne der Bedarf, die Betriebe familienfreundlicher zu machen, um Arbeits- und Privatleben vereinbarer zu gestalten, wodurch ebenfalls Druck verringert werden kann. Konkret sind weiterhin mehr Betriebssportangebote oder zeitliches ‚Entstressen‘ mit mehr Zeit für Entspannung denkbar.

8.2.3 Erkenntnisse bei der Altersgruppe Senioren/Seniorinnen (65+ Jahre)

8.2.3.1 Überblick über die Gesprächsteilnehmenden

Von den 70 Interviewteilnehmenden sind 15 in ihrer Funktion dem Bereich Senioren/Seniorinnen zuzuordnen. Dabei nehmen mit einer Anzahl von sechs Personen Vertretende der unterschiedlichen Verwaltungen den größten Anteil ein. Diese haben entsprechend einen Arbeitsfokus auf für diese Altersgruppe relevante Themen wie z. B. Betreuung, Altenhilfen etc. Fünf weitere Gesprächsteilnehmende sind Beteiligte in gemeinnützigen Vereinen, die sich vor Ort für eine Verbesserung der Lebensumstände im Alter einsetzen. Beide Gruppen konnten im Gespräch detailliert und strukturiert wichtige Aspekte wiedergeben, obwohl sie i. d. R. nicht der Altersgruppe angehörten. Vier der Gesprächsteilnehmenden sind in den Älterenbeiräten und dementsprechend der politischen Interessenvertretung der Altersgruppe angesiedelt. Besonders interessant ist dies, da die Mitglieder der Beiräte selbst schon das 3. Lebensalter erreicht haben und daher aus erster Hand berichten konnten.

8.2.3.2 Vereinsleben, Kultur, Naherholung, öffentlicher Raum

Strukturen

Für Senioren/Seniorinnen werden wie auch bei den Erwachsenen die vielen Möglichkeiten der Naherholung aus Wald-, Park- und Grünanlagen als besonders wichtiger gesundheitsfördernder Faktor erachtet. Ebenso spielen die immer häufiger vorkommenden privat organisierten Gruppen bzw. freien Angebote, die sich diese zu Nutze machen, eine tragende Rolle. Teilweise werden die bestehenden Gruppen von ehrenamtlichen Netzwerken initiiert oder unterstützt, oft erfolgt die Gründung aber auch als reine Hobbygruppe. Besonderen Zuspruch finden in diesem Zuge schon genannte Wander- oder Nordic-Walking-Gruppen. Häufig wurde auch die Beliebtheit von Bouleplätzen mit den dort entstandenen Boulegruppen angesprochen. Ferner findet man Angebote wie Parksport oder Qi Gong, die insbesondere von dieser Altersgruppe in Anspruch genommen werden.

Das schon oft angesprochene Sportangebot ist auch im Alltag der Senioren/Seniorinnen von großer Bedeutung. Man findet hier, dass das Angebot im höheren Lebensalter weitaus mehr Zuspruch bei den Frauen findet als bei den Männern. Als häufigste Anbieter werden wie bei den anderen Altersgruppen auch die Sportvereine sowie die VHS genannt, die spezielle Kurse für ältere Menschen zur Verfügung stellen. Dazu zählen die weit verbreiteten Herzsportgruppen, die zum Teil ärztlich begleitet werden. Außerdem gibt es häufig Turn- bzw. Gymnastikgruppen, die

Ergebnisse

teilweise auch im Wasser stattfinden. Ferner wurden als spezielle Kurse für Ältere noch Reha- und Rheumasport, Rückenschulen, Tanzgruppen oder Altherrenfußball erwähnt.

Wie schon bei den älteren Erwachsenen genannt, spielen auch im Rentenalter Vereine wie Musik-, Gesangs- oder Schützenvereine eine tragende Rolle in der Freizeitgestaltung. Dasselbe trifft auch auf die genannten Kulturvereine zu. Dazu zählen beispielsweise Trachtengruppen, Heimat-, Brauchtums-, Dorf-, Bürger-, Obst- und Gartenbauvereine sowie eine Friedhofsinitiative. Als relevante Institutionen im Leben von älteren Menschen wurden die AWO, das DRK, der VdK, die Alzheimer Gesellschaft und die Diakonie genannt. In einigen Gemeinden/Städten wird die Altersgruppe politisch von teils selbstverwalteten Älterenbeiräten repräsentiert. Seltener findet man auch Senioren-/Seniorinnenbeauftragte.

Probleme

Ein Problem ist, dass regelmäßige Angebote nicht gut von der Bevölkerung angenommen werden. Dazu zählen beispielsweise Älterenbeiräte oder Senioren-/Seniorinnennachmittage. Als mögliche Gründe hierfür wurden aufgeführt, dass einerseits viele ältere Menschen nicht mehr bereit bzw. in der Lage dazu sind, sich in einen geordneten wöchentlichen Betrieb von z. B. Sportkursen einzugliedern und dass es andererseits immer noch Schwellenängste gibt, einem Verein beizutreten. Als Problematik wurde weiterhin oft angesprochen, dass es zu wenig Sportangebote für männliche Senioren gibt bzw. dass diese Gruppe durch die vorhandenen Angebote kaum erreicht wird. Grund hierfür sind laut den Interviewten Hemmungen, Scham und eingeschränkte Mobilität [„Das liegt so an der Mentalität“].

Bedarf

Der Bedarf der älteren Menschen befasst sich damit, das Sportangebot flexibler zu gestalten und auszuweiten, um noch mehr Menschen damit zu erreichen [„Bewegung ist ja das Thema überhaupt“]. Denkbar ist z. B., dass die Vereine noch aktiver auf dem Gebiet Senioren-/Seniorinnensport werden und mit kleinen niedrighschwelligem Angeboten wie Wandergruppen insbesondere die männlichen Senioren ansprechen. Eine weitere Idee, die Hemmungen der männlichen Senioren bezüglich der Nutzung von Sportangeboten abzubauen, ist zum Beispiel, mehr generationsübergreifende Veranstaltungen anzubieten, durch die die Senioren in die Sportkonzepte mit integriert werden. Auch Mehrgenerationenspielplätze wurden fast überall im Landkreis als ein geeigneter Anreiz für mehr Bewegung und als Mittel zur Verbindung der Generationen genannt. Außerdem wird die VHS als möglicher Kooperationspartner für männlichen Seniorensport gesehen.

8.2.3.3 Senioren-/Seniorinnenarbeit, soziale Kontakte, Altersarmut

Strukturen

Senioren-/Seniorinnenarbeit wird als große Chance erachtet, das Leben der Einwohnenden in den verschiedenen Städten/Gemeinden/Stadtteilen auf positive Art zu beeinflussen. Überall im Landkreis wird Arbeit mit und für ältere Menschen betrieben, wobei die Anbieter divers sind: Während in manchen Orten vor allem kommunale oder kirchliche Angebote zu finden sind, spielen in anderen Gemeinden/Städten/Stadtteilen gemeinnützige Vereine eine große Rolle. Die Angebote sind dabei ebenso vielseitig wie deren Anbieter. Angefangen bei Bildungsangeboten für die Altersgruppe wie beispielsweise PC-Kurse oder Vorträge über Tagesfahrten und gemeinsame Nachmittage mit u. a. Tanz, Spiel, Lesestunden und Spaziergängen bis hin zu gelegentlichen Veranstaltungen wie „Senioren-Aktiv-Tage“ oder Singveranstaltungen, stehen vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung. Außerdem erfreuen sich Handarbeitsgruppen in vielen Orten großer Beliebtheit. Dazu zählen Angebote wie Strick-/Kreativgruppen oder Häkelabende. Seltener wurden auch Kurse genannt, die explizit darauf abzielen, die Menschen motorisch und geistig fit zu halten. Als Beispiel sind hier „MoMentgruppen“ (Motorik und Mentales) oder Feinmotorikgruppen zu nennen.

Um sozialen Kontakt bis ins hohe Alter zu ermöglichen, gibt es eine Reihe von Strukturen, die zwar auch gelegentlich als Raum für Aktivitäten genutzt werden, aber einen deutlichen Fokus auf Begegnung und das gesellige Beisammensein haben. Am häufigsten wurde hier der sogenannte Mittagstisch erwähnt, der auch dazu dient, die Menschen zu verpflegen, aber vor allem als Ort der Interaktion und des Austauschs gesehen wird. Ebenfalls häufig zu finden sind Senioren-/Seniorinnencafés bzw. -treffs sowie Stammtische. Seltener war von speziellen Begegnungstätten oder kirchlichen Senioren-/Seniorinnenkreisen die Rede. Als informelle Treffpunkte fungieren manchmal auch Bürgerhäuser, Cafés oder die Kirche. Sehr selten findet man bisher Besuchsdienste (beispielsweise der Kirche), die auch den Bettlägerigen daheim noch Möglichkeiten der Interaktion bieten.

Allgemein lässt sich feststellen, dass für ältere Menschen der Kontakt zu den jüngeren Generationen im gesamten Landkreis als sehr wichtig erachtet wird. Einzelne Projekte arbeiten daran, Möglichkeiten der Kontaktaufnahme insbesondere zu den Jüngsten zu schaffen. So besteht in vielen Gemeinden/Städten/Stadtteilen die Option, sich als Vorlesepatte (oft ‚Vorlese-Oma‘) zu engagieren und so Kontakt zu Kindergartenkindern aufzubauen. Bei dieser Verbindung der beiden Altersgruppen spielen oft Kooperationen von Kindertagesstätten mit Altenheimen eine

Ergebnisse

große Rolle, manchmal erfolgt der Kontakt aber auch informell. Man findet als Best Practice-Beispiel einen Mittagstisch für Kinder, der auch für Senioren/Seniorinnen geöffnet ist. Außerdem spielen als gesundheitlich protektiver Faktor („Anti-Aging-Programm“) die vielen Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements eine Rolle. Zum Beispiel sind viele ältere Menschen in der Geflüchtetenhilfe aktiv.

Für Senioren/Seniorinnen in prekären finanziellen Umständen wird in einem Interview eine Bürgerstiftung mit Fokus auf finanzielle Unterstützung erwähnt (Fronhausen).

Probleme

Vereinsamung im Alter durch fehlende soziale Kontakte wurde im gesamten Landkreis als Problematik benannt. Insgesamt wurde bemängelt, dass es zu wenig Begegnungsmöglichkeiten für ältere Menschen gibt. Insbesondere im Winter bestehen nur wenige Möglichkeiten für soziale Interaktion. Weiterhin wurde das Problem beschrieben, dass durch die Wichtigkeit des Berufs und die damit einhergehende Vernachlässigung des sozialen Lebens im Viertel eine Vereinsamung zum Renteneintritt durch fehlenden Kontakt zu Nachbarn entsteht [„*Das Problem generell ... ist, glaube ich, eine Art von Vereinsamung im Alter*“]. Als weiteres Problem wurde insbesondere in kleineren Gemeinden genannt, dass es zu wenig Selbsthilfegruppen gibt.

Auch Altersarmut, die laut den Interviewten v. a. ehemalige Gastarbeitende und Witwen betrifft, stellt ein gesundheitsbezogenes Risiko dar. In diesem Zuge wurde auch kritisiert, dass allgemein zu wenig Angebote und Verkehrsmittel für Senioren/Seniorinnen ermäßigt oder kostenlos angeboten werden.

Außerdem wurden die häufige Überforderung mit den steigenden Anforderungen beispielsweise im Ehrenamt sowie Alkoholismus und dessen Stigmatisierung im höheren Alter kritisiert.

Bedarf

Um dem Problem der Vereinsamung im Alter entgegenzuwirken, werden im gesamten Landkreis mehr Möglichkeiten gewünscht, soziale Kontakte aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. Dabei wird oft der Mittagstisch bzw. „Essen auf Rädern“ als geeignete Maßnahme gesehen, Gemeinschaft zu fördern. Entsprechend wird in einigen Gemeinden/Städten/Stadtteilen die Etablierung bzw. in anderen eine Aufstockung desselben gefordert. Es wurde auch mehrfach die Idee geäußert, ein gemeinsames Mittagessen für ältere Menschen und Kinder (z. B. in den Kitas) anzubieten, um einen engeren Kontakt der beiden Altersgruppen zu ermöglichen. Neben dem Mittagstisch sollen noch andere Räume für Senioren/Seniorinnen geschaffen werden, in denen diese

Ergebnisse

sich begegnen können. Es soll so mehr Nähe zu anderen Mitmenschen in der Umgebung und entsprechend auch mehr „*nachbarschaftliche Hilfe im Sinne von Füreinander-Sorgen entstehen. [...] Das ist so etwas, da muss Stadtpolitik, Stadtentwicklungspolitik in den nächsten Jahren darauf achten, dass wir Angebote bekommen, in denen niederschwellig Leute zusammenkommen und erstmal wiedererkennen: Nachbarschaft ist mehr, als einfach nur nebeneinander zu wohnen. Nachbarschaft ist ein Ausdruck auch von Lebensqualität*“. Es wurde beispielsweise von einer geplanten Begegnungsstätte für Senioren/Seniorinnen gesprochen. Ferner wird gewünscht, dass ältere Menschen mehr „*miteinander etwas für sich selbst*“ machen, um Selbstwirksamkeit zu fördern. In diesem Zuge werden insbesondere in ländlichen Strukturen auch mehr Selbsthilfegruppen gewünscht. Weiterhin wurde der Bedarf geäußert, der sozialen Isolation im Alter zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken [„*Man könnte z. B. 450€-Kräfte nehmen, oder Ehrenamtliche ..., die auch so eine gewisse Betreuung vor Ort machen*“; „*Wie so grüne Damen, die z. B. bettlägerige Dorfmitglieder besuchen*“]. In einigen Gemeinden wird außerdem mehr aktive Senioren-/Seniorinnenarbeit z. B. durch die Älterenbeiräte gewünscht. Zudem könnte es wie eine Jugendpflegekraft auch eine Art ‚Altenpflegekraft‘ bzw. zusätzliche Fachkraft für soziale Arbeit in der Gemeinde geben. Bei Altersarmut soll ein Fokus auf niedrigschwellige Angebote gelegt werden. Beispielsweise sollen der ÖPNV und die Kulturangebote kostengünstiger gestaltet werden, damit jeder die Chance hat, noch bis ins hohe Alter an den Angeboten teilzunehmen.

8.2.3.4 Informationsbeschaffung und Beratung

Strukturen

Für ältere Menschen gibt es oben genannte Anbieter der Senioren-/Seniorinnenarbeit, die oft Zugang zu Informationen verschaffen. Wie schon erwähnt finden oft informative Vorträge im Rahmen der Senioren-/Seniorinnenbildung statt. Relevant sind hier Senioren-/Seniorinnencafés/bzw. -treffs, die als Raum für Informationsverbreitung und Aufklärung dienen. Neben dieser direkten Informationsverbreitung sind auch niedrigschwelligere Optionen der Informationsbeschaffung vorhanden. So gibt es oft in den Verwaltungen und teilweise auch durch die gemeinnützigen Vereine niedrigschwelligen Zugriff auf Listen mit Hilfsangeboten bzw. Zugang zu verschiedenen Institutionen (z. B. DRK). In einer Gemeinde werden Informationen über vorhandene Strukturen in Form von Flyern im Bürgerbus an die Leute gebracht. Wenn es um den nächsten Schritt der Informationsbeschaffung – Beratungsangebote – geht, sind es erneut häufig die ge-

Ergebnisse

meinnützigen Vereine, die sich vor Ort dafür einsetzen, Beratungen für alle zugänglich zu gestalten. Auch die Diakonie sowie die Älterenbeiräte werden oft als lokale Anlaufstelle für Beratungen genannt. Neben diesen allgemeinen Beratungsstellen wurden in den Interviews regelmäßig auch spezialisierte Angebote genannt. So gibt es manchmal Pflegeberatungen bzw. Pflegestützpunkte, Betreuungsvereine oder die Demenzgruppe der Alzheimer Gesellschaft mit beratenden Angeboten. Bei speziellen Fragen bzw. in Orten mit wenigen beratenden Strukturen kann in der Kreisstadt Marburg z. B. der Pflegestützpunkt (BIP) als beratende Instanz aufgesucht werden.

Probleme

Laut den Interviewten werden trotz der Bemühungen noch zu wenige ältere Menschen von den Informationen bzw. Beratungsangeboten erreicht.

Bedarf

Der geäußerte Bedarf befasst sich in kleineren Gemeinden vor allem mit einem erleichterten Zugang zu Informationen und Beratungsangeboten bei organisatorischen Fragen zu Pflege, Rente usw. [*„Es müsste jemanden geben, der ... einmal im Monat für Rentenberatung zuständig ist, wo die Leute hinkommen und sich beraten lassen“*]. Besonders wichtig war den Interviewten hierbei, dass die jeweiligen Ansprechperson in gewohnter Umgebung zu einer festen Zeit zu finden sind, um mögliche Hemmungen zu verringern [*„Ich glaube, dass wir für Ältere (Beratungs-)Angebote vor Ort haben müssen, aber eben bedarfsorientiert“*]. Weiterhin soll es mehr Möglichkeiten geben, mit den vorhandenen Hilfsorganisationen in Kontakt zu treten. [*„Sinnvoll sind solche Veranstaltungen ... speziell für die Senioren, wo dann auf unsere Angebote und natürlich auch Angebote von anderen aufmerksam gemacht wird, wo man sich präsentieren kann, wo man den ein oder anderen gewinnen kann“*].

8.2.3.5 Pflege, Betreuung und Wohnen

Strukturen

Es gibt im Landkreis eine Vielzahl von Altenpflegeheimen, die manchmal in Kooperation mit Kitas auch Orte der intergenerationellen Begegnung sind. Außerdem sind nicht selten Strukturen wie Cafés oder betreutes Wohnen angegliedert. Neben den Pflegeheimen nannten die Teilnehmenden eine Reihe von Wohnprojekten im Landkreis, die altersgerechtes und barrierefreies betreutes Wohnen anbieten. Manchmal sind diese Wohngruppen auf bestimmte Gruppen wie z. B. Demenzkranke spezialisiert oder haben direkt Zugang zu anderen Strukturen wie Läden oder

Ergebnisse

Cafés. Zu ambulanten Angeboten aus dem Pflegesektor zählen die vielen Pflegedienste, die allgemein als ausreichend betrachtet werden sowie seltener die Möglichkeiten der Tagespflege. Die Alzheimer Gesellschaft und verschiedene gemeinnützige Vereine bieten bereits in manchen Orten ehrenamtliche Angebote zur Betreuung und somit auch zur Entlastung pflegender Angehöriger an. Die ärztliche Versorgung ist in den verschiedenen Gemeinden/Städten/Stadtteilen unterschiedlich gegeben. Selten werden die Versorgung mit Hausärzten/Hausärztinnen und deren Hausbesuche als ausreichend empfunden. Fachärzte/Fachärztinnen sind ebenfalls eher selten zu finden.

Probleme

Im gesamten Landkreis ist durch den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel eine Abnahme der traditionellen Familienstrukturen festzustellen. Je städtischer es wird, desto seltener findet die Pflege von Angehörigen im eigenen Haus statt. Dies ist insofern ein Problem, da die Pflegeheime zum großen Teil ausgelastet sind, was zu einer mangelhaften Betreuung führt. Kritisch betrachtet wird hier unter anderem, dass es zu wenig Plätze und Pflegepersonal gibt. In dem Kontext wurden in den Interviews das geringe Gehalt und die oft schlechten Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals bemängelt. Seltener findet sich das Problem, dass es aufgrund fehlender Nachfrage in ländlichen Gemeinden weder Pflegeheime noch eine Anlage zum betreuten Wohnen gibt. Während bei Pflegediensten kein Mangel gesehen wird, werden Möglichkeiten der Tagespflege als oft nicht ausreichend erachtet [„*Tagespflege fehlt uns*“]. Kritisiert wurde weiterhin, dass das Entlassungsmanagement aus Kliniken häufig eine Schwierigkeit darstellt. Insbesondere wenn Angehörige sich nicht um den Heimtransport kümmern können, ist der Ablauf oft nicht reibungslos.

Auch das Vorhandensein vieler Barrieren in den Wohnungen ist mit großen Einschränkungen verbunden.

Die Senioren/Seniorinnen werden als besonders betroffen durch die allgemein bestehende hausärztliche Unterversorgung gesehen, da sie nicht nur die Leistungen öfter in Anspruch nehmen, sondern häufig auch auf Sonderleistungen wie Hausbesuche angewiesen sind. Hausärzte/Hausärztinnen machen jedoch immer weniger Hausbesuche [„*Es ist keine Sache, wo sie wie früher so das ganze Dorf abfahren ... Da kriegen Sie Mordsärger mit der KV, das sind einfach Realitäten*“]. Viele ältere Menschen sind daher für Arztbesuche auf Fahrdienste bzw. private Fahrten angewiesen.

Bedarf

Es wird bezüglich der Pflegesituation gefordert, auf struktureller Ebene etwas gegen den Pflegepersonal-mangel zu unternehmen [„*Das ist fast auch nötig, ... dass auch die Altenbetreuung so ein bisschen politisch wird ... Da muss die Politik auch was leisten*“].

Es besteht für die Altersgruppe weiterhin der Bedarf, mehr altengerechten barrierefreien Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Neben Neubauten wird hier der Umbau von vorhandenen Gebäuden in Betracht gezogen, die jedoch momentan noch viele Barrieren vorweisen [„*Da müssen wir zu kreativen Lösungen kommen, die werden aber viel Geld kosten*“]. Ziel ist es, dass die Menschen in ihren angestammten Quartieren uneingeschränkt wohnen bleiben können.

Außerdem zeigt sich für die Zukunft der Bedarf, mehr Möglichkeiten der Tagespflege zu schaffen. Dazu wird neben den privaten Anbietern auch ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot von Seiten der Kommunen in Erwägung gezogen [„*Und wenn man das irgendwann mal so hinbekommen könnte, dass man halt auch als Gemeinde Räumlichkeiten anbieten kann ..., wo man dann ... so eine unterschwellige Betreuung anbieten kann. Das wäre natürlich ... top, wenn wir das so hinbekommen könnten. Aber da sind wir jetzt noch angewiesen auf die Pflegedienste*“].

Ferner soll das Entlassungsmanagement zuverlässig und reibungslos gestaltet und die Hilfsmittelbereitstellung insbesondere bei alleinstehenden Senioren/Seniorinnen verbessert werden. Zudem muss laut den Interviewten die allgemein- und fachärztliche Versorgung verbessert werden.

8.2.3.6 Altenhilfe

Strukturen

Speziell für die Gruppe der älteren Menschen wurden in weiten Teilen des Landkreises bereits Bürgerhilfvereine oder ähnliche Konzepte etabliert, die niedrigschwellige Unterstützung bei der Bewerkstelligung des Alltags anbieten. Diese Konstrukte sind i. d. R. ehrenamtlich getragen und werden in manchen Fällen von jüngeren Generationen ausgerichtet, in anderen Fällen ‚von älteren Menschen für ältere Menschen‘. Die angebotenen Leistungen erstrecken sich von Begleitung beim Einkaufen, bei Arzt- und Behördenbesuchen über Gespräche und Gesellschaft bis hin zu Haushaltshilfen. Wie weiter oben schon beschrieben, sind diese gemeinnützigen Vereine oft auch Anbieter von Fahrdiensten, Betreuung und Beratungen. Die Entlastung von pflegenden Angehörigen ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Konzepte (s. Kapitel 8.2.2.5).

Ergebnisse

Gerade in den ländlichen Strukturen ist das traditionelle Konstrukt der Nachbarschaftshilfe oft noch etabliert [*„Auch das Miteinander Jung und Alt gemeinsam, das läuft hier auch eigentlich noch ganz gut“*]. So kümmern sich im ländlichen Raum oft ältere Menschen um die Kinder und es gibt noch viele Mehrgenerationenhäuser, in denen man sich gegenseitig unterstützt und die Ältesten daheim gepflegt werden.

Zur Alltagserleichterung gibt es in manchen Gemeinden/Städten/Stadtteilen außerdem „Essen auf Rädern“, welches gut angenommen wird. Seltener wurde von Lieferdiensten gesprochen, die sicherstellen, dass die Menschen u. a. mit Lebensmittel oder Medikamenten versorgt werden.

Best Practice: Bürgerhilfverein Amöneburg

Der Verein basiert auf ehrenamtlichem Engagement, das mit einer Aufwandsentschädigung als ‚Übungsleiterpauschale‘ von den Pflegekassen vergütet wird. So erfahren zum einen die Ehrenamtlichen Anerkennung, zum anderen müssen die Senioren/Seniorinnen sich keine Gedanken um Schuldgefühle o. Ä. machen. Es kommt zu einem Kontakt auf Augenhöhe [*„Das Schöne ist einfach die Akzeptanz ... Das Angebot wird sehr gut angenommen, was man früher jetzt gar nicht so gedacht hätte ... Das geht durch alle Schichten, dass diese Hilfe angenommen wird“*]. Die Menschen werden schon früh durch beispielsweise Schulprojekte oder durch das Elternhaus für die Themen Alter und Ehrenamt sensibilisiert. Vor Aufnahme der Tätigkeit werden die Ehrenamtlichen geschult.

Probleme

Wie schon erwähnt, kommt es durch den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel zu einer Abnahme der Mehrgenerationenhäuser und demnach zu weniger Hilfestellungen für die älteren Menschen durch die Familie [*„Das Problem fängt erst an, wenn man Pflege benötigt und alleinstehend ist“*]. Dies führt dazu, dass die Senioren/Seniorinnen zum Bestreiten des Alltags von zum Teil unzuverlässiger Nachbarschaftshilfe abhängig sind. In diesem Zuge wurde erneut kritisiert, dass durch die Wichtigkeit des Berufs und die damit einhergehende Vernachlässigung des sozialen Lebens eine Versorgungslücke im höheren Alter durch fehlenden Kontakt zu Nachbarn entsteht, was dementsprechend auch zu mangelnder Nachbarschaftshilfe führt [*„Das Problem generell ... ist glaube ich eine Art von Vereinsamung im Alter ... Wir sind im Wohnumfeld sehr, sehr egoistisch geworden in den letzten Jahrzehnten“*]. Zwar können durch die genannten Hilfsstrukturen schon einige Hindernisse überwunden werden, jedoch gibt es immer noch viele zu bewältigende Probleme. Die gemeinnützigen Vereine werden zum einen vor große bürokratische bzw.

Ergebnisse

rechtliche Hindernisse gestellt. Es ist oft unklar, wie weit die Ehrenamtlichen in der Betreuungshilfe gehen können. Zum anderen übernimmt die Politik laut den Interviewten zu wenig Verantwortung in Sachen Altenbetreuung, sodass die Situation stark vom ehrenamtlichen Engagement der jeweiligen Bürger:innen abhängt. Ferner zeigt sich, dass der Landkreis zwar Hilfestellungen für den Entwurf der Altenhilfepläne stellt, diese jedoch oftmals nicht von den Kommunen abgerufen werden.

Bedarf

In vielen Gemeinden/Städten/Stadtteilen steht die Weiterentwicklung und Vernetzung der Altenhilfekonzepte/Bürgerhilfevereine im Vordergrund. Die Versorgung alter Menschen soll so langfristig sichergestellt werden. Hierbei wird von den Interviewten auch eine Verantwortungsübernahme durch die Politik gefordert [„Wir vertreten die Meinung ..., dass man schon sagt, der Staat kann sich da auch nicht ganz aus der Verantwortung rausziehen“]. Ziel ist es, dass jede Kommune als Pflichtaufgabe einen Altenhilfeplan entwerfen soll. Dieser soll auch mit in die HGO (hessische Gemeindeordnung) aufgenommen werden (ähnlich Kindergartenbedarfsplan) [„Das Problem ist erkannt, aber es muss jetzt gehandelt werden“]. Durch mehr Verantwortungsübernahme durch den Staat soll mehr Nachhaltigkeit und Unabhängigkeit vom Engagement einzelner Personen erreicht werden [„Was passiert nach uns?“]. Zudem sollen mehr Einkaufs- und Begleitservices eingerichtet werden.

8.2.3.7 Mobilität

Strukturen

Für die Sicherstellung der Mobilität bis ins hohe Alter wurden bereits in weiten Teilen des Landkreises Bürgerbusse etabliert. Diese haben unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Fahrzeiten und -routen und sind teilweise barrierefrei. In der Regel werden die Bürgerbusse gut von der Bevölkerung angenommen und erfahren eine steigende Nachfrage. Neben den Bürgerbussen gibt es noch eine Reihe anderer Fahrdienste. Dazu zählen AST-Fahrten oder Fahrdienste/-hilfen, die von gemeinnützigen Vereinen angeboten werden (s.o.). Ferner wurden in einigen Orten die gute Anbindung an den ÖPNV sowie viele gepflegte Radwege angesprochen, die noch bis ins hohe Alter genutzt werden.

Probleme

Im höheren Alter werden Einschränkungen der Mobilität sehr häufig als eines der wesentlichen gesundheitsbezogenen Risiken erachtet. Es kommt zu einem geringeren Bewegungsradius und demnach zu Beeinträchtigungen in vielen Bereichen des täglichen Lebens. Besonders dramatisch wird die Lage dann gesehen, wenn die Fahrradnutzung nicht mehr möglich ist bzw. Bushaltestellen nicht mehr erreicht werden können. Das Erfolgsmodell Bürgerbus leistet einen großen Beitrag zur Verbesserung, jedoch kann auch dieser die vorhandenen Einschränkungen nicht überall ausgleichen. Dieses hat verschiedene Gründe: In einigen Orten können Bürgerbus bzw. Fahrdienste die große Nachfrage noch nicht vollends decken, während in anderen Gemeinden große Hemmungen dazu führen, dass Fahrhilfen kaum genutzt werden, sodass es bereits vorkam, dass der Bürgerbus wieder abgeschafft wurde. In wenigen anderen Gemeinden hat es bisher noch keinen Bürgerbus oder ein ähnliches Konstrukt gegeben, sodass die Menschen hier auf private Fahrten angewiesen sind. Seltener wurden besonders in peripher gelegenen Gemeinden eine schlechte ÖPNV-Anbindung sowie eine Ablehnung des ÖPNV seitens der Senioren/Seniorinnen kritisiert.

Bedarf

Um dem besonderen Bedarf der älteren Menschen bezüglich der Mobilität gerecht zu werden, sollen die Mobilitätshilfen in fast allen Gemeinden/Städten weiter angepasst werden. Dies muss laut den Interviewten in einigen Orten durch die Einführung eines Bürgerbusses oder einer anderen Mobilitätshilfe erfolgen, in anderen durch vermehrten Einsatz der vorhandenen Fahrdienste. Zum Beispiel sollen vorhandene Bürgerbusse an mehr Tagen und zu mehr Zeiten fahren. Hierbei ist es weiterhin wünschenswert, den jeweiligen Fahrdienst/Bürgerbus barrierefrei und kostenfrei bzw. möglichst kostengünstig zu gestalten.

In manchen Gemeinden/Städten/Stadtteilen wird außerdem gewünscht, das Mobilitätsproblem durch einen Ausbau des ÖPNV anzugehen und diesen in diesem Zuge auch kostenlos für Senioren/Seniorinnen anzubieten.

8.2.4 Vulnerable Gruppen

Der strukturierte Leitfaden der Interviews sah vor, explizit nach vulnerablen Gruppen zu fragen, da diese ein erhöhtes gesundheitliches Risiko tragen. Gefragt wurde nach Menschen, die von Armut betroffen sind, Menschen mit Behinderung sowie Alleinerziehende und Menschen mit

Ergebnisse

Migrationshintergrund. Weil nach Alleinerziehenden im Leitfaden nur unter der Altersgruppe der Erwachsenen gefragt wurde, wurden sie bereits im Kapitel 8.2.2.6 besprochen.

Obwohl in allen Interviews explizite Nachfragen nach den genannten vulnerablen Gruppen gestellt wurden, wurde selten ausführlich über Angebote, gesundheitsbezogene Probleme oder Bedarfe gesprochen, die sich auf diese Gruppen bezogen. Ausnahmen waren hier die Fördergebiete des Programms „Soziale Stadt“, in denen Migrationshintergrund und Armut viele Bewohnende betreffen sowie ländliche Gemeinden, in denen teilweise ausführlich über die Situation von Geflüchteten gesprochen wurde. Projekte, die sich mit gesundheitlichen Problemen und Risiken oder dem Bedarf von Menschen mit Behinderung befassen, wurden kaum besprochen.

8.2.4.1 Menschen mit Migrationshintergrund: Übersicht

In den 23 Interviews wurde immer explizit nach Menschen mit Migrationshintergrund gefragt. Dabei ergab sich, dass in fünf dieser Interviews, nämlich MR-Richtsberg, MR-Waldtal, MR-Stadtwald/Ockershausen, Stadtallendorf und Neustadt recht ausführlich auf Themen eingegangen wurde, die Menschen mit Migrationshintergrund direkt betreffen. Dies lässt sich daraus erklären, dass Menschen mit Migrationshintergrund in diesen Vierteln und Städten teilweise die Bevölkerungsmehrheit darstellen, in jedem Fall aber nicht als Ausnahme der Bevölkerung gesehen wurden, sondern als ‚Normalfall‘. Daher sind die Darstellungen über den gesamten Bericht in die entsprechenden Kapitel integriert und werden nur gesondert im folgenden Abschnitt dargestellt, wenn sie die Menschen explizit in ihrer Eigenschaft als Zugewanderte oder Nachfahren von Zugewanderten ansprechen.

Da außerhalb der Fördergebiete „Soziale Stadt“ oftmals nur auf Geflüchtete und nicht auf sonstige Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen wurde und Geflüchtete besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, wird auch Geflüchteten ein gesonderter Abschnitt gewidmet.

Von den 18 Interviews in Gemeinden, Städten und Stadtteilen, die nicht Fördergebiete der „Sozialen Stadt“ sind, wurden in 14 Projekte benannt, die Menschen mit Migrationshintergrund betreffen. In 11 der 18 Interviews wurde der Begriff ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ mit dem der ‚Flüchtlinge‘ gleichgesetzt. In nur sechs der Gemeinden, Städten und Stadtteilen wurden gesundheitsbezogene Probleme und in nur fünf Bedarfe benannt. Teilweise wurde deutlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht als relevante Bevölkerungsgruppen für die kommunale und ehrenamtliche Gesundheitsförderung und Prävention gesehen wurden. So wurde

Ergebnisse

die Versorgung von Geflüchteten teilweise als Landessache bewertet und trotz Nachfragen nicht auf die Situation des migrantischen Altenpflegepersonals eingegangen. Oft wurde die Situation von Geflüchteten nur aus der Perspektive bewertet, ob sie stören oder sich integrieren, und nicht im eigentlichen Sinne auf ihre Gesundheit eingegangen. Keine interviewte Person wurde nach dem eigenen Migrationshintergrund oder der eigenen Fluchterfahrung befragt. Außer einer Interviewten sprachen alle Deutsch auf Muttersprachenniveau. Die Interviewte berichtete über migrantisch geprägte Organisationen, die in ihrem Stadtviertel Gemeinwesenarbeit machen, über Diskriminierung als Muslima und formulierte einen Bedarf, kultursensiblere Angebote zu schaffen.

8.2.4.2 Menschen mit Migrationshintergrund (ohne Geflüchtete)

Menschen mit Migrationshintergrund ohne Fluchterfahrung wurden in den verschiedenen Interviews selten Thema des Gesprächs. Eine Ausnahme stellen hier die Fördergebiete der „Sozialen Stadt“ dar, da in diesen teilweise eine Bevölkerungsmehrheit (so die Interviewten) einen Migrationshintergrund hat. Auf dem Land wurde häufiger betont, dass immer noch wenig Interaktion zwischen der als ‚Deutsch‘ empfundenen Bevölkerung und der mit Migrationshintergrund besteht. Die einzige Jugendpflegerin, die wir auf dem Land interviewen konnten, stellte fest, dass die Jugendpflege vor allem von Jugendlichen mit Migrationshintergrund genutzt wird, während die anderen christlich geprägte Angebote wahrnehmen. Oft war zu hören, dass Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund weder von Jugendpflegeangeboten noch von Sportangeboten gut erreicht werden.

In der Stadt stellt sich ein anderes Bild dar. Die Menschen mit Migrationshintergrund werden als ‚Normalfall‘ und nicht als Ausnahme der Bevölkerung empfunden. Vielfach haben sie sich in bestehende Strukturen integriert und diese mitgestaltet. Besonders erfolgreich sind hier die im Stadtwald und Waldtal vorhandenen Stadtteilpaten/-patinnen und der auf dem Richtsberg ansässige islamische Kulturverein Hadara, der sich in den Räumlichkeiten des Gemeinwesenvereins BSJ e.V. gegründet hat. Trotzdem sind Zugewanderte laut den Interviewten von vielen Problemen betroffen: Oftmals sind sie von Armut betroffen, die nicht nur ihre Konsumentscheidungen und Wohnmöglichkeiten, sondern auch ihren Zugang zur medizinischen Versorgung, zu Gymnasien und zu Arbeitsplätzen einschränkt. Alle Institutionen, von der Kita, über die Schule und bis zur Gemeinwesenarbeit wirken auch als Treffpunkte, die alle Bevölkerungsgruppen ansprechen.

Ergebnisse

An Kinder mit Migrationshintergrund speziell richten sich nur Sprachkurse und Sprachförderkräfte in Kitas und das Bemühen einiger Kitas, Erziehende einzustellen, die selbst einen Migrationshintergrund haben.

Die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund haben oft mit Identitätsproblemen und Rassismuserfahrungen zu kämpfen. Die (wenn auch geringen) Kosten für Ferienspiele und ähnliches stellen für einige Familien große Hürden dar.

Als allgemeines Problem wurde eine mangelnde Sensibilität für muslimische Kultur aufgeführt. Insbesondere bei ärztlichem Fachpersonal stoßen Muslime oft auf Unverständnis und wenig Akzeptanz. Allgemein wurde angesprochen, dass es bis heute wenig Kontakte zwischen der ländlichen türkischstämmigen Community und der alteingesessenen Bevölkerung gibt. Auf der anderen Seite wurde die Vereinzelung von Menschen, die als einzige aus ihrem Land- oder Sprachraum in einem gegebenen Gebiet leben, als Problem benannt.

Übergeordnet zeigt sich also der Bedarf, das kultursensible Angebote auszuweiten und beispielsweise auch ärztliches Fachpersonal im Umgang mit Menschen mit muslimischem Hintergrund zu schulen. Gefordert wird, Integration durch regelmäßige (soziale Strukturen übergreifende) Festlichkeiten und durch eine stärkere Einbindung der Eltern in Kitas und Schulen zu fördern.

Ein weiteres Problem stellen die sprachlichen Barrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund dar, die den Alltag erheblich erschweren. Besonders Migrierte sind im höheren Alter aufgrund der Sprachbarrieren oft sozial isoliert und wenig integriert. Dieses wurde teilweise durch spezielle Pflegeberatungen, Pflegedienste, Treffpunkte und Informationsveranstaltungen angegangen, die in der jeweiligen Muttersprache der Senioren/Seniorinnen kommunizieren. Bisher sind diese Angebote aber sehr selten vorzufinden. Das Bewusstsein über Probleme, die Menschen mit Migrationshintergrund im Alter erleben, ist im Landkreis zudem kaum verbreitet. In einer Kommune wurde darüber nachgedacht, Vorträge zu organisieren, die ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen ansprechen. Als mögliches Thema wurden monotheistische Religionen vorgeschlagen.

Best Practice: Islamischer Kulturverein Hadara (MR-Richtsberg)

Als ein Erfolgsmodell für arabischstämmige Menschen ist die Gestaltung des Lebens im Stadtteil Richtsberg zu nennen. Hier findet man den Islamischen Kulturverein Hadara, dessen mehrsprachiges Angebot sich von Seelsorge über gemeinsame Nachmittage bis hin zu Informationsveranstaltungen erstreckt. Außerdem gibt es einen türkischen Frauen-Verein, bei dem eine

Ergebnisse

Selbstwertsteigerung der Frauen im Vordergrund steht. Als Besonderheit wurde außerdem beschrieben, dass auch bei Sportangeboten auf die Bedürfnisse der muslimischen Frauen eingegangen wird, indem es beispielsweise reine Frauenkurse gibt oder die Fenster der Übungsräume nach außen verspiegelt sind. Der Islamische Kulturverein Hadara veranstaltet für Senioren/Seniorinnen jeden Tag einen Älterentreff, bei dem auch Raum für Vorträge geschaffen wird. Außerdem gibt es regelmäßig Lesestunden, wobei die Mitarbeitende viel Wert darauflegen, dass auch Menschen mit eingeschränkter Mobilität daran teilnehmen können. Dazu organisiert der Verein Fahrdienste.

Best Practice: kultursensibler Pflegedienst (Stadtallendorf)

Speziell angepasst an die Senioren/Seniorinnen mit türkischem Migrationshintergrund ist in Stadtallendorf ein türkischer Pflegedienst eingerichtet worden, der bei den Einwohnenden viel Zuspruch findet und sehr gut angenommen wird. Besonders deutlich wird der Vorteil eines solchen Pflegedienstes, wenn man bedenkt, dass insbesondere demente ältere Menschen mit Migrationshintergrund, die die deutsche Sprache nicht mehr beherrschen, ohne Hilfe keinerlei Chance haben, ihre Bedürfnisse bei einem deutschen Pflegedienst geltend zu machen.

8.2.4.3 Menschen mit Fluchterfahrung

In fast allen Interviews wurde kurz über das Thema ‚Geflüchtete‘ gesprochen. Alle Städte, Stadtteile und Kommunen haben oder hatten Geflüchtete aufgenommen, wobei der Eindruck entstand, dass die Anzahl der Geflüchteten insgesamt rückläufig ist. Obwohl die Interviews explizit gesundheitliche Probleme von vulnerablen Gruppen abfragen sollten, wurde das Thema ‚Geflüchtete‘ vor allem im Rahmen der (nicht gestellten) Fragen, ob die Gemeinden Probleme mit den Geflüchteten haben, beziehungsweise ob ihre Integration gut läuft, beantwortet. Teilweise wurde deutlich, dass die Sicherstellung des Wohlbefindens von Geflüchteten als Aufgabe des Landkreises gesehen wurde und nicht als eine, mit der sich die Kommunen beschäftigen müssten. Insgesamt nahmen an den Interviews außerhalb der Fördergebiete der „Sozialen Stadt“ fünf Interviewte teil, die als Arbeitsschwerpunkte ‚Geflüchtete‘ hatten. Da innerhalb der Fördergebiete oft erhebliche Anteile der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben und die lokalen Akteure/Akteurinnen an vielen Baustellen gleichzeitig arbeiten, ist für Menschen mit Fluchterfahrungen kein Arbeitsschwerpunkt auszumachen.

In nahezu allen Städten und Kommunen wurde von Hilfsinitiativen für Geflüchtete berichtet, außerdem gab oder gibt es in einigen Kommunen Sport-Coaches, die Geflüchtete über Sport aktivieren und in die Gesellschaft integrieren sollen. Teilweise sind solche aber abgeschafft worden,

Ergebnisse

da die Anzahl der Geflüchteten zurückgegangen ist und deshalb die Stelle nicht weiterbezahlt wurde. Öfter gibt es in Kitas Sprachkurse. Einige Helferkreise haben teils große Netzwerke aufgebaut, die Fahrradwerkstätten, Begegnungsorte und zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen betreuen. Ansonsten wurde oft betont, dass die Kita auch ein Begegnungsort für Eltern sein kann. Auch Elterncafés sind in Kitas angesiedelt. In der Gemeinde Wetter wurde von einem Sportbeauftragten für Geflüchtete berichtet, der auch Kooperationen mit Vereinen anbahnt. Immer wieder wurde auf Angebote von „Frühe Hilfen“ verwiesen. In Marburger Stadtteilen werden Geflüchtete von Sozialanbietern aufgesucht und aktiv in lokale Angebote eingebunden. Sehr hilfreich sind hier die Stadtteilpaten/-patinnen, die Geflüchtete im Viertel aufsuchen. Auch die Stadtteilhebamme des Richtsbergs wurde positiv hervorgehoben, da laut den Interviewten nur durch sie eine niedrigschwellige professionelle Betreuung von Schwangeren möglich ist, die sonst teilweise auf traditionelles Wissen zurückgreifen.

Als problematisch für die Geflüchteten betrachteten die Interviewten neben den bundesweiten politischen Rahmenbedingungen, dass Marburg einen eigenen Weg in Sachen Geflüchtetenpolitik geht und es demnach wenige Kooperationen mit der städtischen Geflüchtetenarbeit gibt. Weiterhin ist es für Ehrenamtliche oftmals schwierig, an die Geflüchtetenheime heranzutreten. Ein Risiko für die Geflüchteten ist in den Augen der Interviewten zudem eine angespannte politische Lage, in der politische Akteure/Akteurinnen (auch auf lokaler Ebene) probieren, die Situation der Geflüchteten zu verschlechtern. Insbesondere alteingesessene Senioren/Seniorinnen, die durch die strukturellen Veränderungen des ländlichen Raums ‚deklassiert‘ wurden, lehnen Geflüchtete ab.

Die Kosten für Geflüchtete, nach Marburg zu fahren, stellen für viele eine große Hürde da. Teilweise haben Geflüchtete ungesunde Zähne. Viele sind zudem psychisch stark belastet. Dies betrifft alle Altersgruppen und wirkt sich teils schwer auf Kinder aus. Außerdem sind laut den Interviewten mitunter Berührungsängste mit der Natur und der Umgebung vorhanden, die sich sowohl psychisch als auch körperlich als belastend herausstellen. Die Unterkünfte der Geflüchteten sind oft in einem desolaten Zustand und kaum in die Struktur der Gemeinden oder Städte integriert. Ferner wurde das gesundheitsbezogene Risiko aufgeführt, dass Geflüchtete Leistungen des Gesundheitswesens nur unzureichend erhalten. Auch die Anerkennung von Berufsabschlüssen verläuft häufig holprig.

Immer wieder wurde in verschiedenen Kontexten deutlich, dass Geflüchteten der Zugang zu Dolmetschenden erleichtert werden muss. Es wurde auch häufig der Bedarf formuliert, verschie-

Ergebnisse

dene Gesellschaftsschichten und Geflüchtete zusammenzubringen. Festivitäten (z. B. Nationalitätenfest) wurden hierfür oft vorgeschlagen. Insgesamt sollen Geflüchtete nicht an einem Ort konzentriert wohnen, sondern dezentral untergebracht werden.

Gefordert wird, dass geflüchtete Kinder ab dem ersten Tag in Deutschland auf einer Regelschule eingeschult werden. Jugendliche in der Schullaufbahn oder diejenigen, die eine Ausbildung haben, sollen nicht abgeschoben werden. Das Schulamt soll mehr mit NGOs kooperieren, um begabte Jugendliche zu erkennen und diese in Gymnasien oder Realschulen einschulen.

Familienzusammenführungen werden als sehr wichtig für das psychische Wohl und die soziale Integration der Jugendlichen erachtet und sollen verstärkt durchgeführt werden.

Erwachsene Geflüchtete sollen individuell beim Berufseinstieg und bei der Anerkennung ihrer Abschlüsse betreut werden. Das Kreisjobcenter hat laut den Interviewten aber viel zu wenig Personal, um diese Aufgaben zu stemmen. Es muss mehr Fachkräfte der sozialen Arbeit geben.

Für Menschen mit Fluchterfahrung besteht der Bedarf, den Zugang zu Informationen noch weiter zu erleichtern. Dies könne zum Beispiel durch mehr Gelegenheiten zum Austausch und insbesondere mehr Angebote in den jeweiligen Muttersprachen wie z. B. Vorträge oder vermehrten Einsatz von Dolmetschenden erreicht werden. Außerdem soll für Geflüchtete der Zugang zu psychologischer Unterstützung leichter werden. Die Unterkünfte der Geflüchteten sollen mehr in die sonstige Bewohnerstruktur integriert und insgesamt eine höhere Qualität der Wohnungen erreicht werden.

Best Practice: „Selbsthilfe-Café“ (Cölbe)

Für Eltern mit Migrationshintergrund bzw. insbesondere für Eltern mit Fluchterfahrung ist in Cölbe ein Elterncafé eingerichtet worden, bei dem die Menschen in Kontakt treten und sich austauschen können. Es zeigt sich, dass die Menschen sich hier besonders wohl fühlen und die Treffen so einen Selbsthilfe-Charakter bekommen. Möglicherweise liegt das daran, dass die Zugewanderten hier unter sich sind.

8.2.4.4 Menschen, die in Armut leben

Mindestens drei Interviewte können hier als Armutsfachkundige gelten. Sie waren Vertretende einer Tafel, einer Kleiderkammer und eines großen sozialen Trägers. Zwei weitere Interviewte engagierten sich auch für Menschen, die in Armut leben, dies war aber nicht zentral für ihre Arbeit. Interviewte, die sich für Geflüchtete engagieren, werden oft auch mit Armut konfrontiert, betrachteten das Problem aber fast ausschließlich im Kontext der Flucht und werden deshalb zu

Ergebnisse

den Fachleuten für Geflüchtete gezählt. Projekte, die sich speziell an Menschen richten, die in Armut leben, wurden in 16 der 18 Interviews außerhalb der „Sozialen Stadt“ benannt, gesundheitsbezogene Probleme nur in fünf, Bedarf nur in drei. Kein Interview außerhalb der Fördergebiete der „Sozialen Stadt“ hatte einen Schwerpunkt auf das Thema Armut, nur in zweien wurde etwas ausführlicher auf das Thema eingegangen. Die Interviewten wurden nicht nach ihrem Einkommen befragt, der subjektive Eindruck der Interviewenden sowie das Wissen um ihre Berufe legen nahe, dass zumindest die Mehrzahl der Interviewten vermutlich nicht unter der Armutsgrenze lebt.

Wenn Angebote benannt wurden, die sich speziell an Menschen in Armut richten, waren diese meist (und fast ausschließlich) die verschiedenen Tafelangebote (vor allen sind die Tafel in Biedenkopf und Marburg mit ihren Außenstellen zu nennen) sowie Beratungsangebote. Letztere finden häufig in örtlichen Kitas statt. Hier liegen teilweise auch Flyer zum Thema Armut aus, die als niedrigschwellige Informationsangebote fungieren. Es wurde deutlich, dass Kitas als allgemeine Anlaufpunkte von Eltern besonders in der Lage sind, Menschen zu erreichen, die von Armut betroffen sind. Niedrigschwelligkeit von Angeboten wurde im Zusammenhang mit Armut öfter thematisiert und problematisiert. Vorbildlich wirkt hier das Vorgehen in Biedenkopf, wo Flyer im Bürgerbus, sowie im Kleiderladen (der von der Diakonie und dem Deutschen Roten Kreuz zusammen betrieben wird) ausliegen und Mitarbeitende in diesen Institutionen geschult sind, auch über weiterführende Angebote zu informieren. Mehrmals wurde problematisiert, dass sich Menschen in Armut gesundes Essen nicht leisten können und ihre finanziellen Möglichkeiten sie davon abhalten, Freizeitangebote wahrzunehmen. Finanzielle Belastungen wurden insbesondere im Kontext Alleinerziehender (s. Kapitel 8.2.2.6) und Familien mit mehreren Kindern als einschränkend betrachtet. Im Stadtteil Marburg-Waldtal wurde Obdachlosigkeit thematisiert und gefordert, dass das Obdachlosigkeitskonzept der Stadt umgesetzt wird.

Armut wurde auch im Kontext von älteren Menschen thematisiert. Die Ausführung der Darstellungen ist entsprechend dem Kapitel 8.2.3.3 zu entnehmen.

8.2.4.5 Menschen mit Behinderung

Keine Interviewte Person gehörte einer Organisation an, die sich explizit um Menschen mit Behinderung kümmert oder war selbst auf eine Weise von einer Behinderung betroffen, die für die Interviewenden erkenntlich war. Somit kann auch hier davon ausgegangen werden, dass in erster Linie über Menschen mit Behinderung und nicht mit ihnen gesprochen wurde. In den 23 Inter-

Ergebnisse

views wurden insgesamt 11-mal Angebote benannt, die sich speziell an Menschen mit Behinderung richten. Nur 4-mal wurden auch Probleme und Bedarfe erfasst. Kein Interview hatte einen Fokus auf Menschen mit Behinderung. In einem Interview wurde berichtet, dass die Interviewten *„wenige bis gar keine [...] ersichtlich Behinderte [in der Gemeinde]“* sehen. *„Die Arbeit mit von Behinderung Betroffenen] ist eher [...] so verdeckt, sodass man es gar nicht mitkriegt“*.

Für Jugendliche mit Behinderung wurde außer dem dreimal erwähnten Angebot des fib e.V., welches in Marburg und von einer Außenstelle in Gladenbach angeboten wird, kein spezielles Angebot benannt. Teilweise arbeiten Sportvereine mit dem fib zusammen.

Wenn Angebote benannt wurden, die alle Altersgruppen betreffen, wurden mehrmals Angebote des Sankt Elisabethvereins, des fib e.V. und des Kinderzentrums „Weißer Stein“ erwähnt. Letzterer betreibt unter anderem Kitas. Außerdem wurden Barrierefreiheit (oft im Zusammenhang mit Senioren/Seniorinnen) und Integrationsmaßnahmen in Kita und Schule regelmäßig thematisiert. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, die auch Grundlage für den Erhalt eines Behindertenausweises sein können, wurde im Ostkreis mehrmals auf das Angebot der LOK in Stadtallendorf verwiesen. Zwei Vertretende von Sportvereinen berichteten davon, dass ihre Institutionen Wert auf Inklusion legen.

In den wenigen Interviews, in denen Menschen mit Behinderung etwas ausführlicher thematisiert wurden, wurde deutlich, dass teilweise zu wenige Integrationsplätze in Kitas bestehen und Eltern ihre Kinder in weit entfernte Kitas bringen müssen. Distanzen zu Angeboten sind insgesamt ein Problem, im ländlichen Raum scheint es außerhalb der Institutionen Kita und Schule wenig bis keine Angebote zu geben. Es wird ein verstärkter Fokus auf Inklusion gewünscht. Insbesondere soll wohnortnahe Beschulung von Kindern mit Behinderung möglich sein, damit diese keine sehr weiten Schulwege haben und öfter auch in der Freizeit etwas mit ihren Mitlernenden unternehmen können. Im Quartier Stadtwald in Marburg gibt es einen Stadtteilpaten, der ein Inklusionsnetzwerk aufgebaut hat, welches vorbildlich auf die Interviewenden wirkte.

Bedarf wurde an mehr Barrierefreiheit und an einer Ausweitung des Angebots für behinderte Menschen gesehen.

9 Diskussion

Das Ziel dieser Promotionsschrift ist es, den Bedarf an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf zu untersuchen. Durch die Ergebnisse der Forschung wird deutlich, dass der Landkreis Marburg-Biedenkopf entsprechend der formulierten Erwartungen gesundheitsbezogene Probleme und Risiken aufweist. Demnach ergeben sich verschiedene Bedarfe und ein großes Handlungspotential für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

9.1 Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Ergebnisse

Small Area Estimation

Zunächst sollen die Erkenntnisse der Small Area Estimation erläutert und diskutiert werden. Es stellte sich die Frage, wie sich die Demographie und Sozialfaktoren im mittelhessischen Landkreis Marburg-Biedenkopf präsentieren. Dazu wurden die Themenkomplexe Regionenzuordnung, Bevölkerungsstruktur, sozioökonomischer Status und soziale Unterschiede, Altersstruktur und Altersstandardisierung beleuchtet. Es zeigte sich, dass der Landkreis mit 42,5 Jahren ein niedrigeres Durchschnittsalter als Deutschland aufweist. Auch die sonstige Altersstruktur weicht leicht von der deutschen Standardbevölkerung ab, sodass folglich sämtliche Schätzungen an die regionale Altersstruktur angepasst wurden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Universitätsstadt Marburg im Vergleich zu den anderen Kommunen des Landkreises aufgrund der hohen Anzahl an Studierenden eine Sonderposition mit einem deutlichen niedrigeren Durchschnittsalter einnimmt. In allen Kommunen mit Ausnahme der Universitätsstadt Marburg wurde ein Anstieg des Durchschnittsalters für die kommenden Jahre vorhergesagt, was auch der Prognose für die Gesamtbevölkerung Deutschlands entspricht (Bundeszentrale für politische Bildung 2019). Daraus resultiert bereits die Vermutung, dass in vielen Gebieten des Landkreises mit dem Durchschnittsalter auch der Bedarf an altersgerechten Präventionsangeboten in der zweiten Lebenshälfte in Zukunft weiter steigen wird. Dazu zählen unter anderem Sportprogramme, Mobilitäts- und Haushaltshilfen oder Maßnahmen, die soziale Kontakte fördern, um der Einsamkeit im Alter entgegenzuwirken.

Die sozioökonomische Deprivation des Landkreises stellte sich verglichen mit dem Bundesgebiet geringer dar. Dabei zeigten sich dezente Unterschiede innerhalb des Kreisgebietes. Gemessen an der Abweichung vom mittleren Bruttolohn der Region ergaben sich für Stadtallendorf, Neustadt, Wetter, Gladenbach und Angelburg die niedrigsten mittleren Bruttolöhne und für Cölbe,

Diskussion

Rauschenberg, Amöneburg und Weimar die höchsten mittleren Bruttolöhne. Anhand der kartografischen Darstellung lassen sich Muster der Verteilung der Gemeinden mit einem höheren oder niedrigeren sozioökonomischen Status erkennen. Auffällig ist, dass die direkt an die Universitätsstadt Marburg angrenzenden Kommunen sozioökonomisch eher bessergestellt sind als die peripher gelegenen Städte und Gemeinden. Das könnte in der ‚Suburbanisierung‘ der Bevölkerung, also dem Wegzug der Bevölkerung aus der Kernstadt in umliegende Gebiete, begründet sein. Im Umland einer Stadt finden sich meist familienfreundlichere Wohnmöglichkeiten, bessere Luftqualität und erschwinglichere Möglichkeiten, ein Eigenheim zu bauen (Pätzer 1999). Dabei sind es häufiger Menschen mit einem höheren Einkommen, die aus der Stadt ‚flüchten‘ (Ruser 2016). Die Vermutung liegt also nahe, dass ähnliche Prozesse sich auch in der Umgebung der Universitätsstadt Marburg abspielen.

Im Ergebnisteil (s. Kapitel 8.1) wurde ausführlich die auf die Region übertragene gesundheitliche Lage für Personen mittleren Lebensalters und für Senioren/Seniorinnen anhand der Variablen Depression, Krebs, Adipositas, Diabetes, Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Polypharmazie, Multimorbidität und Pflegebedarf sowie Hospitalisierung erläutert. Es wurde teilweise auch schon auf regionale Unterschiede bei den genannten Variablen eingegangen. Der folgende Absatz beschäftigt sich mit den wichtigsten geschätzten Prävalenzen und deren Varianz innerhalb des Landkreises sowie mit der Frage, ob sich hieraus individuelle Handlungsempfehlungen bzw. Bedarfe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ableiten lassen.

Die erwartete Prävalenz von depressiven Erkrankungen liegt im Landkreis als Teil Mittelhessens leicht über dem Bundesdurchschnitt. Bei Frauen wird die Prävalenz entsprechend den bundesweiten Beobachtungen höher als bei Männern geschätzt (Thom et al. 2017). Bei Erwachsenen ergibt sich im Modell eine Prävalenz von 9-12%, bei Senioren/Seniorinnen beträgt sie 13-19%. Die Unterschiede zwischen den Kommunen sind also bei den älteren Menschen stärker ausgeprägt. Die Darstellung, dass Senioren/Seniorinnen häufiger betroffen sind als Erwachsene mittleren Alters deckt sich nur zum Teil mit den Daten der Literatur (Klauber et al. 2016). Andere Analysen legen nahe, dass Erwachsene bis 64 Jahren häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als über 65-Jährige (Thom et al. 2017). Diese unterschiedlichen Ergebnisse könnten auf methodischen Unterschieden der Datenerhebungen beruhen, etwa welcher Schweregrad der Depression berücksichtigt wurde (Klauber et al. 2016). Es fällt auf, dass die Kommunen mit den höchsten erwarteten Prävalenzen bei beiden Altersgruppen eher diejenigen sind, die sozioökonomisch prekärer gestellt sind, während diejenigen mit einem höheren sozioökonomi-

Diskussion

schen Status niedrigere geschätzte Prävalenzen vorweisen. Dies deckt sich mit den bundesweiten Daten, die eine höhere Depressionsprävalenz bei Menschen in der unteren Bildungsgruppe anzeigen (Thom et al. 2017). Dementsprechend scheint die sozioökonomische Deprivation bei der Modellierung dieses Merkmals besonders ins Gewicht gefallen zu sein. Als gesonderter Bedarf lässt sich aus dieser Konstellation also lediglich ableiten, was vorher schon bekannt war: dass Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit besonders bei der Altersgruppe ab 65 Jahren sowie in den Gemeinden und Städten mit einem niedrigeren durchschnittlichen Bruttolohn ihre Wirkung entfalten könnten. Da der Mangel an psychotherapeutischen Angeboten in ländlichen Regionen besonders ausgeprägt ist (Bertelsmann Stiftung 2017), sollte der Schwerpunkt darauf liegen, niedrigschwellige Angebote auch in diesen Gebieten regelmäßig anzubieten. Aufgrund des Fachkräftemangels erscheint eine Etablierung von festen Anlaufstellen in allen Subregionen nicht realistisch. Daher könnten gelegentliche, aber regelmäßige Beratungsangebote in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status, auf der Arbeit oder in Altenpflegeheimen Ansätze darstellen, mit denen die aktuellen Problematiken aufgegriffen werden könnten.

Die Sterbe- und Neuerkrankungsraten für Krebserkrankungen im Landkreis Marburg-Biedenkopf sind niedriger als die hessen- und bundesweiten Raten (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2015). Zuverlässige Schätzungen für die einzelnen Kommunen konnten in diesem Fall aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht angegeben werden. Da mit steigendem Lebensalter und niedrigerem sozioökonomischen Status eine Erhöhung der Prävalenz von Krebserkrankungen einhergeht (Lampert et al. 2019; Robert Koch-Institut 2016), könnte ein Grund für die niedrigeren Prävalenzen des Landkreises das ebenfalls niedrigere Durchschnittsalter sowie der verglichen mit dem Bundesgebiet höhere sozioökonomische Status der Region sein. Demnach leitet sich im Landkreis auch kein außergewöhnlicher Bedarf an Maßnahmen der Krebsvorsorge ab, wenngleich die vorhandenen Angebote weiterhin gewissenhaft angeboten und durchgeführt werden sollten.

Die erwartete Adipositasprävalenz des Landkreises repräsentiert in etwa die bundesweiten Werte mit 17,2% bei der Altersgruppe der Erwachsenen (18- bis 64-Jährige) und 21,1% bei der Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige). Geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich bei beiden Altersgruppen kaum darstellen. Adipositas ist ein Teilkriterium des metabolischen Syndroms, das mit kardiovaskulären Folgeerkrankungen assoziiert ist (Korczak et al. 2011). Die Prävention von Adipositas bedeutet folglich auch Prävention von kardiovaskulären Ereignissen (ebd.). Aus den oben genannten Zahlen lässt sich zum einen ableiten, dass ältere

Diskussion

Menschen (über 65-Jährige) einen höheren Bedarf an Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion haben. Sport- oder Ernährungsprogramme könnten dazu dienlich sein (Korczak et al. 2011). Die Präventionsmaßnahmen sollten jedoch schon früher, also im Erwachsenen- oder sogar im Kindes- bzw. Jugendalter beginnen. Auf diese Art können schon frühzeitig Verhaltensarten gefördert werden, die helfen, das Idealgewicht zu erreichen oder langfristig zu halten. Betrachtet man die erwartete Adipositasprävalenz der einzelnen Subregionen des Landkreises, findet man bei den Erwachsenen (18- bis 64-Jährige) Unterschiede von bis zu 6 Prozentpunkten, bei den Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige) bis zu 8 Prozentpunkten. Erneut stellen Neustadt und Stadtallendorf die Kommunen mit den höchsten Schätzwerten dar, während in den Gemeinden Weimar und Lahntal die niedrigsten Prävalenzen erwartet werden. Wieder scheint es der sozioökonomische Status zu sein, der der wesentliche Faktor bei den Ergebnissen der Modellierungen war. Man kann die Modellierung also so interpretieren, dass der Bedarf an Präventionsmaßnahmen zur Gewichtsreduktion in Subregionen mit geringerem Einkommen, wie beispielsweise Neustadt und Stadtallendorf, besonders groß ist.

Ähnlich zu den Bundesdaten stellt sich auch die geschätzte Lage zur Erkrankung Diabetes mellitus im Landkreis dar. Während man für Erwachsene (18- bis 64-Jährige) eine Prävalenz von nur 4,5% erwartet, liegt der Wert bei der Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige) schon bei 17,5%. Dies entspricht der allgemeinen Beobachtung der zunehmenden Diabetesprävalenz im höheren Lebensalter (Tamayo et al. 2016). Die regionalen Unterschiede sind bei den Erwachsenen (18- bis 64-Jährige) mit nur 1 Prozentpunkt vernachlässigbar gering, während es bei den Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige) bis zu 6 Prozentpunkte sind, die zwischen den Kommunen liegen. Bei der Planung von Maßnahmen zur Diabetesprävention sollten anhand der vorliegenden Daten dementsprechend weniger regionale Unterschiede berücksichtigt als vielmehr im gesamten Landkreis ein Fokus auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen gelegt werden. Dabei könnten Ernährungsprogramme und andere Maßnahmen der Gewichtsreduktion eine Rolle spielen. Die erwartete Situation stellt sich insgesamt sehr ähnlich wie bei dem Merkmal Adipositas dar. Bedenkt man, dass Adipositas ein wesentlicher Risikofaktor für das Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 2 ist (Robert Koch-Institut 2014a), ist diese Beobachtung auch nicht überraschend. So ist es nicht nur dieselbe Altersgruppe, die sich mit den höchsten geschätzten Prävalenzen präsentiert. Auch die Kommunen, für die die höchsten bzw. niedrigsten Werte erwartet werden, gleichen sich. Einzig die Universitätsstadt Marburg, die für die Diabetesprävalenz bei Erwachsenen (18- bis 64-Jährige) die niedrigsten Werte aufweist, fällt aus dem Schema. Dies

Diskussion

könnte unter anderem dadurch erklärt werden, dass die Diabetesprävalenz wie oben beschrieben mit dem Alter zusammenhängt und die Stadt Marburg eine außergewöhnlich junge Stadt ist.

Die geschätzte Prävalenz für chronische Rückenschmerzen beträgt im Landkreis Marburg-Biedenkopf für Erwachsene zwischen 18 und 59 Jahren 24-33% und für ältere Menschen ab 60 Jahren 37-49%. Entsprechend den Daten der Literatur sind Frauen häufiger betroffen als Männer (Robert Koch-Institut 2015). Außerdem zeigt sich ein Anstieg der Prävalenz mit höherem Alter (ebd.) sowie mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Kuntz et al. 2017). Der Unterschied innerhalb des Landkreises beträgt für Erwachsene (18- bis 59-Jährige) 9 Prozentpunkte, für Senioren/Seniorinnen (über 60-Jährige) 12 Prozentpunkte. Erneut sind es eher die Kommunen mit einem höheren sozioökonomischen Status, die eine niedrige Prävalenz vorweisen (u. a. Weimar, Lahntal, Amöneburg). Neustadt und Stadtallendorf führen wie bei vielen anderen Indikatoren die Statistik mit den höchsten zu erwartenden Prävalenzen an. Aufgrund der vorhandenen regionalen Unterschiede könnte es sich bei Maßnahmen zur Prävention von chronischen Rückenschmerzen auszahlen, regional verstärkt Programme anzubieten. Denkbar wäre es etwa, bei großen Arbeitgebern mit körperlich fordernden Aufgabenprofilen und rückenbelastenden Tätigkeiten regelmäßig Programme wie Rückenschulen direkt auf der Arbeit anzubieten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen deutschlandweit die häufigste Todesursache dar (Robert Koch-Institut 2015). Als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von arteriosklerotischen Veränderungen gilt neben dem Rauchen das metabolische Syndrom (Debus et al. 2013a). Zu diesem zählen auch die bereits besprochenen Merkmale Adipositas und Diabetes mellitus, sodass man Parallelen bzw. Überschneidungen der Verteilung der modellierten Prävalenzen der beiden Merkmale mit der Verteilung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermuten kann. Die geschätzte 12-Monats-Prävalenz für die koronare Herzkrankheit im Landkreis Marburg-Biedenkopf liegt bei den Erwachsenen (18- bis 64-Jährige) bei 1-2%. Die Universitätsstadt Marburg und die Gemeinde Weimar weisen dabei die niedrigsten, Neustadt und Stadtallendorf die höchsten Werte auf. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Kommunen hierbei mit nur einem Prozentpunkt jedoch vernachlässigbar gering. Ähnlich gestaltet es sich bei der Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige). Hier wird die geschätzte Prävalenz mit 12-16% zwar insgesamt deutlich höher angegeben, jedoch fällt die regionale Varianz mit nur vier Prozentpunkten auch hier nicht sehr groß aus. Für die beiden Gemeinden Lahntal und Weimar werden die niedrigsten, für die Städte Neustadt und Stadtallendorf erneut die höchsten Prävalenzen erwartet. Bei diesem Merkmal fällt eine Verschiebung der Rangfolge der Kommunen von einer

Diskussion

Altersgruppe zur anderen auf. Dies liegt wahrscheinlich an der spezifischen Altersstruktur der Stadt Marburg. Hier nehmen die Studierenden als junge Erwachsene innerhalb der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen einen großen Anteil ein. Da die Prävalenz der koronaren Herzkrankheit wie schon beschrieben mit dem Alter stark ansteigt, liegt die Vermutung nahe, dass es ebendiese Bevölkerungsgruppe ist, die zu der niedrigsten erwarteten KHK-Prävalenz im Landkreis führt.

Die errechneten 12-Monats-Prävalenzen für Schlaganfälle beträgt für die Altersgruppe der Erwachsenen im mittleren Lebensalter (18- bis 64-Jährige) in allen Kommunen 1% oder weniger. Aufgrund der niedrigen Einwohnerzahlen der Subregionen kommen geringe Fallzahlen zustande, die eine Eruiierung der regionalen Unterschiede größtenteils unmöglich machen. Zu finden ist, dass die ‚Rangfolge‘ der Kommunen jener der koronaren Herzkrankheit entspricht: Marburg und Weimar befinden sich am unteren, Neustadt und Stadtallendorf am oberen Ende der erwarteten Prävalenzen. Die Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige) erleiden deutlich häufiger Schlaganfälle als die restlichen Erwachsenen. Dies erscheint auch logisch, wenn man bedenkt, dass ein hohes Alter ein wesentlicher Risikofaktor für das Auftreten eines Schlaganfalls ist (Weih et al. 2004). Die Prävalenz des gesamten Landkreises Marburg-Biedenkopf wird auf 4,9% geschätzt. Die Varianz innerhalb der Region liegt bei nur 2 Prozentpunkten (4-6%). Die Gemeinden Lahntal und Weimar weisen die niedrigsten, Neustadt und Bad Endbach die höchsten Werte auf. Die Gemeinde Bad Endbach liegt auch bei einigen anderen Merkmalen mit ihren erwarteten Prävalenzen im oberen Fünftel. Bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfällen könnte es an der spezifischen Altersstruktur der Gemeinde liegen, dass Bad Endbach Stadtallendorf ‚überholt‘ hat. Wie bereits besprochen, spielt bei dem Auftreten von Schlaganfällen das Alter als Risikofaktor eine maßgebliche Rolle. Bad Endbach zeichnet eine Kombination aus einem sehr hohen Durchschnittsalter und einem sozioökonomischen Status (hier Abweichung vom mittleren Bruttolohn der Region), der zu den unteren 45% des Landkreises zählt, aus. Stadtallendorf hingegen weist bei der Small Area Estimation vermutlich vor allem aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status hohe erwartete Prävalenzen auf, da das Durchschnittsalter verglichen mit den meisten anderen Kommunen niedriger ist.

Anhand der gefundenen 12-Monats-Prävalenzen für Schlaganfälle und für die koronare Herzkrankheit lässt sich kein für die Region bzw. für die Subregionen spezifischer Bedarf an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung interpretieren. Die Unterschiede der untersuchten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind so gering, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht lokal verstärkt, sondern überall gleichermaßen betrieben werden sollten. Das Erkrankungsrisiko steigt für beide Erkrankungen signifikant ab dem 65. Lebensjahr (Busch und Kuhnert R.

Diskussion

2017a, 2017b), sodass am ehesten Forderungen für Maßnahmen ebendieser Altersgruppe formuliert werden können. Dennoch sollte die Prävention schon deutlich früher im Lebenslauf beginnen, da Herz-Kreislauf-Erkrankungen sich i. d. R. über Jahrzehnte entwickeln (Diener et al. 2013). Als Beispiele für geeignete Maßnahmen können die schon vielfach genannten Maßnahmen der Bewegungsförderung und Ernährungsumstellung gelten (Debus et al. 2013b). Außerdem kommen Rauchentwöhnungsprogrammen in dem Kontext eine außergewöhnliche Rolle zu (ebd.). Ferner sollten Screeningprogramme wie z. B. Check-up-Untersuchungen in allgemeinmedizinischen Praxen gefördert und bekannter gemacht werden (Hunziker et al. 2006). So können Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Dyslipidämien oder Störungen des Glukosestoffwechsels, die die Entstehung atherosklerotischer Plaques begünstigen, schon frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Multimorbidität und Polypharmazie sind Problematiken, die vor allem Menschen im höheren Lebensalter betreffen (Robert Koch-Institut 2015; Knopf und Grams 2013). Daher erfolgte bei diesem Merkmal lediglich eine Betrachtung der Altersgruppe der älteren Menschen (über 60-Jährige). Bei der Modellierung wurde nur die Altersstruktur berücksichtigt, da aus der Literatur keine Abhängigkeit der Polypharmazie-Prävalenz vom Sozialstatus bekannt ist. Die geschätzte Prävalenz von Polypharmazie der über 60-Jährigen im Landkreis Marburg Biedenkopf beträgt zwischen 41 und 43 %. Es zeigt sich also eine nur geringe Varianz von 2 Prozentpunkten innerhalb der Region. Betrachtet man die erwartete Prävalenz der verschriebenen Polypharmazie, findet man Werte zwischen 33 und 34 % im gesamten Landkreis. Erneut präsentieren sich also keine wesentlichen Differenzen innerhalb der Subregionen. Dementsprechend ist auch der sich ableitende Bedarf an Maßnahmen für die über 60-Jährigen nicht auf einzelne Kommunen zu beziehen. Es sollten in allen Gebieten des Landkreises gleichermaßen Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer übermäßigen Medikalisierung betrieben werden. Derartige Präventionsmaßnahmen könnten zum einen darin bestehen, ärztliches und pharmazeutisches Fachpersonal zu schulen. Zum anderen könnte auch eine verstärkte Aufklärung der (älteren) Bevölkerung über die Folgen übermäßiger Medikalisierung sinnvoll sein.

Die Prävalenzen von Hospitalisierung und Pflegebedarf steigen mit dem Alter stark an. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf waren 2016 4,4 % der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig, bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind es schon 18,1 %, wobei Frauen häufiger pflegebedürftig sind als Männer (Bertelsmann Stiftung 2018). Von den zu Pflegenden werden 20-25 % in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Die erwartete Verteilung der absoluten Zahlen der Pflege-

Diskussion

bedürftigen (ab 65 Jahren) folgt jener der Gesamtbevölkerungsverteilung. So wird in der bevölkerungsreichsten Stadt des Landkreises Marburg mit Abstand die höchste Anzahl an Pflegebedürftigen mit ca. 2000 Personen erwartet. Es folgen die Städte und Gemeinden mit den nächsthöchsten Einwohnendenzahlen: Stadtallendorf (ca. 700 zu Pflegende), Kirchhain (ca. 600 zu Pflegende), Biedenkopf (ca. 550 zu Pflegende), Gladenbach (ca. 450 zu Pflegende) und Dautphetal (ca. 400 zu Pflegende). Von den Gemeinden und Städten mit niedrigeren Bevölkerungszahlen sind es Neustadt, Ebsdorfergrund und Wetter, die mit ca. 300 prognostizierten Pflegebedürftigen die höchsten Zahlen aufweisen. Für Gemeinden wie Breidenbach und Cölbe wird eine Anzahl an Pflegebedürftigen von etwa 200 Personen vorhergesagt, während es in den bevölkerungsschwächsten Gemeinden Münchhausen und Wohratal nur ca. 100 bzw. 75 Personen mit prognostiziertem Pflegebedarf sind. Insgesamt spiegelt die Modellierung der Anzahl an Pflegebedürftigen also in etwa die allgemeine Bevölkerungsverteilung innerhalb des Landkreises wider. Es lassen sich aufgrund der genannten Erkenntnisse keine auf die Kommunen zugeschnittenen Aussagen für den Bedarf an Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit ableiten. Es kann nur erneut auf die allgemeine Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Hinauszögerung von chronischen nicht übertragbaren Erkrankungen, Immobilität etc. hingewiesen werden. Denn somit kann die Zeit am Ende des Lebens in größerer Gesundheit verbracht und mehr Teilhabe im Sinne eines aktiven Alterns gewährleistet werden (Robert Koch-Institut 2015). Die modellierten Daten könnten aber für die einzelnen Kommunen relevant in der Planung für die kommenden Jahre sein, da eine Alterung der Bevölkerung des Landkreises prognostiziert wird und dementsprechend auch mit einem vermehrten Bedarf an Pflegeeinrichtungen oder -diensten zu rechnen ist. Auf diesen Umstand müssen sich alle Kommunen vorbereiten und gegebenenfalls jetzt schon Strategien entwickeln, um auch in Zukunft die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die bevölkerungsstärkeren Kommunen werden möglicherweise durch die bloße Anzahl an zusätzlichen Pflegebedürftigen mehr gefordert werden als die bevölkerungsschwächeren Kommunen. Eine Ausnahme stellt dabei erneut die Universitätsstadt Marburg dar, da hier wie schon beschrieben aufgrund der hohen Studierendenanzahl in den kommenden Jahren eher eine Verjüngung denn eine Alterung der Bevölkerung erwartet wird.

Bei der Betrachtung aller Indikatoren wird zunächst deutlich, dass die erwartete Situation im Landkreis mit wenigen Abweichungen die in der Literatur beschriebenen Entwicklungen der ‚Normalbevölkerung‘ widerspiegelt. Daher ließen sich auf der Basis der Small Area Estimation auch keine besonderen, also speziell auf den Landkreis Marburg-Biedenkopf zugeschnittenen

Diskussion

Handlungsbedarfe im Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung ableiten. Ein schon bekanntes Problem ist unter anderem die zunehmende Alterung der Bevölkerung, vor allem auf dem Land. Da dies auch für den Großteil des Landkreises Marburg-Biedenkopf prognostiziert wird, könnte man schon frühzeitig Maßnahmen schaffen, um in Zukunft auf diese Änderung in der Bevölkerungsstruktur vorbereitet zu sein.

Bei der genaueren Betrachtung der geschätzten Prävalenzen der einzelnen Subregionen konnten nur geringe Unterschiede ausfindig gemacht werden, sodass grundsätzlich alle vorgeschlagenen Maßnahmen auch in den restlichen Teilen des Landkreises angebracht sind. Die größten Differenzen innerhalb des Landkreises wurden bei der Prävalenz des Merkmals ‚chronische Rückenschmerzen‘ mit 9 bzw. 12 Prozentpunkten Unterschied gefunden. Bei der Untersuchung der erwarteten Prävalenz von Adipositas zeigte sich mit 6 bis 8 Prozentpunkten die zweithöchste Varianz innerhalb der Region. Bei den beiden untersuchten Indikatoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1-4 Prozentpunkte) sowie bei den Prävalenzen von Polypharmazie (1-2 Prozentpunkte) wurden die geringsten Unterschiede zwischen den Kommunen festgestellt.

Wenn man Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis regional anpassen möchte, dann sollte dies der Logik folgend bei den Merkmalen mit den größten Unterschieden der erwarteten Prävalenz erfolgen. In diesem Fall könnten man also abwägen, für Erkrankungen wie chronischen Rückenschmerzen oder Adipositas individuelle Maßnahmen für einzelne Kommunen zu schaffen. Es fällt dabei auf, dass die Merkmale mit den größten Unterschieden auch eine starke Verteilung nach dem sozioökonomischen Status aufweisen. Die Vermutung liegt dementsprechend nahe, dass bei der Entstehung interkommunaler Unterschiede bei der Modellierung die Abweichung vom mittleren Bruttolohn der Region besonders ins Gewicht fiel. Beispielsweise wiesen die Kommunen Neustadt, Stadtallendorf und Angelburg bei vielen besprochenen Krankheitsbildern die höchsten Prävalenzen auf. Da die Altersstruktur dieser Kommunen nicht stark von der des gesamten Landkreises abweicht, lassen sich die gefundenen Prävalenzen eher mit der ausgeprägteren sozioökonomischen Deprivation begründen. Oftmals ist also der erwartete Bedarf für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Gebieten des Landkreises mit niedrigerem sozioökonomischem Status größer, während die lokale Altersverteilung eine weniger prägnante Rolle zu spielen scheint. Möchte man auf diesen Umstand reagieren, so sollten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung niedrigschwelliger gestaltet werden, um auch die Menschen mit geringerem Einkommen wirksam zu erreichen. Mögliche Ansätze dafür sind präventive Angebote vor Ort, z. B. im Quartier oder auf

Diskussion

der Arbeit. Neben der Schaffung von neuen Stellen im Bereich der sozialen Arbeit und des Gesundheitswesens könnten auch Schulungen des vorhandenen Personals (z. B. Lehrende, ärztliches Fachpersonal, Pflegende) nützlich sein.

Experteninterviews

Bei der Analyse der Experteninterviews sollte getrennt nach verschiedenen Alters- und vulnerablen Gruppen zum einen herausgearbeitet werden, welche Potentiale bzw. Strukturen aus dem Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung bereits in den Kommunen des Landkreises vorhanden sind. Ein Fokus sollte dabei auf sogenannten Best-Practice-Ansätzen liegen. Zum anderen sollten Probleme und Risiken bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert und anschließend Bedarfe an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden.

Im Sinne der ‚altersgruppenübergreifenden‘ Befunde lässt sich festhalten, dass trotz der Diversität der Gespräche einzelne Trends auf den gesamten Landkreis übertragbar sind, da sie immer wieder in den Interviews erwähnt wurden. Dazu zählen vor allem Entwicklungen, die die gesamte Gesellschaft betreffen, wie die vermehrten Anforderungen und Leistungsdruck im Alltag durch Berufsstress (Ahlers 2014) sowie die Abwanderung vom Land in die Stadt (Biffel und Berger 2012). Man beobachtet ebenfalls, dass sich immer weniger Zeit für Freizeitaktivitäten, ehrenamtliches Engagement und soziale Interaktion genommen wird. Viele Interviewte nehmen wahr, dass durch diese Entwicklungen die gegenseitige Unterstützung und damit die Merkmale einer solidarischen Gemeinschaft abnehmen, während stattdessen eine Vereinzelung der Menschen stattfindet. Dieser Trend wurde schon vielfach beschrieben und unter anderem durch die aktuelle Gestaltung des Arbeitsmarkts erklärt (Zirra 2011). In dem Kontext der sozialen Isolation wird auch oft ein Wegfallen von lokalen Treffpunkten wie z. B. Gaststätten bemängelt. Dies spiegelt den schon häufig beschriebenen Trend des ‚Kneipensterbens‘ wider (Sept 2021). Räumlichkeiten, die als Orte der Begegnung dienen könnten (z. B. Bürgerhäuser), sind zwar oftmals vorhanden, werden aber nicht in allen Kommunen genutzt. Indoor- und Outdoor-Sportstätten sind teilweise nicht vorhanden oder in prekären Zuständen, während die Möglichkeiten der Naherholung und das allgemeine Sportangebot oft als ausreichend empfunden werden. Es wurde in den Interviews das Bedürfnis nach einer Entlastung des Alltags der Menschen geäußert. Die Wichtigkeit von Arbeit und Schule soll dabei etwas in den Hintergrund und die gegenseitige Unterstützung in den Vordergrund gerückt werden. Dabei ist positiv herauszustellen, dass bereits einige Projekte gestartet wurden, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Menschen wieder mehr

Diskussion

zusammenzubringen und das Leben der verschiedenen Altersgruppen auf unterschiedliche Art zu verbessern. Dabei steht vor allem eine Förderung der sozialen Kontakte innerhalb einer Generation, aber auch die intergenerationelle Begegnung im Vordergrund. Mehrgenerationenangebote könnten nicht nur Kontakte und gesündere Lebensstile fördern, sondern auch das Gesundheitssystem durch reduzierte Kosten entlasten (Hassel et al. 2012). Im Landkreis Marburg-Biedenkopf scheinen diesbezüglich Mehrgenerationenspielplätze oder -cafés sowie Mittagstische auf dem Vormarsch zu sein und werden in vielen Kommunen gewünscht. Auch Kooperationen verschiedener vorhandener Institutionen (z. B. Kitas und Pflegeeinrichtungen) werden von den Interviewten als geeignetes Mittel zur intergenerationellen Vernetzung und Bekämpfung sozialer Isolation gesehen. Einzelne Projekte, wie Vorlesepatenschaften oder Familienkochtage, sind lokal schon sehr erfolgreich. Um derartige Programme flächendeckend umzusetzen, muss eine stärkere Vernetzung der bereits aktiven Fachkräfte erfolgen und Modellprojekte im Landkreis bekannt gemacht werden. Angebote sollten nicht zwangsläufig auf eine Kommune beschränkt sein, denn in manchen Regionen besteht aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte eine geringe Nachfrage. Als Antwort darauf wurden in den Interviews immer wieder gemeindeübergreifende Programme gefordert. Diese bieten sich zum Beispiel bei der medizinischen Versorgung als Reaktion auf den Mangel an ärztlichem Fachpersonal auf dem Land (z. B. in Form von medizinischen Versorgungszentren) an. Einen Landarztmangel befürchten wie in vielen Regionen Deutschlands (Blank 2021) auch die Akteure/Akteurinnen im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Dasselbe kommunenübergreifende Vorgehen könnte auch ein Lösungsansatz sein, um neue Begegnungsorte wie Mittagstische zu schaffen oder das psychotherapeutische (Akut-)Angebot sowie Beratungsangebote zu verbessern. Um Menschen in schwierigen Umständen bessere Hilfestellungen geben zu können, müssen Informationen und Beratungen niedrigschwelliger gestaltet werden. Dazu empfiehlt es sich, bereits vorhandene Strukturen (wie Kitas, Bürgerbusse, Tafeln, Arztpraxen) zu nutzen, um mit den Menschen in Kontakt zu treten und von dort aus weiterzuvermitteln.

Die Situation der gemeinnützigen Vereine und des Ehrenamts befindet sich im Umbruch. Vielen Vereinen im Landkreis geht es aufgrund des nachlassenden Nachwuchses und der abnehmenden Bereitschaft ein Ehrenamt oder eine übungsleitende Tätigkeit zu übernehmen, insbesondere in ländlichen Gegenden schlecht. Teilweise wird das nachlassende Engagement in der Literatur bestätigt (Emanuel 2021), in anderen Fällen wird aber auch von einem hohen zivilgesellschaftlichem Engagement der jungen Menschen berichtet (Düx 2018). Hinzu kommen zuneh-

Diskussion

mende juristische und bürokratische Hürden in der Vereinstätigkeit, was ein verbreitetes Problem zu sein scheint (Klein et al. 2014). Während in städtischen ‚Brennpunkten‘ oftmals viele Projekte der sozialen Arbeit realisiert werden, wird eine fehlende Unterstützung der gemeinnützigen Vereine, die in ländlichen Regionen häufig vergleichbare Aufgaben übernehmen, kritisiert. Es scheint für die Funktionalität verschiedener Institutionen in Zukunft notwendig, das Ehrenamt umzugestalten, indem es mehr Anerkennung und weniger Überforderung mit Vorschriften etc. gibt. Außerdem ist laut vieler Interviewter eine Zunahme von politischer Verantwortungsübernahme unabdingbar, um das Bestehen der verschiedenen Strukturen und die davon abhängende Versorgung der Menschen zu gewährleisten. Die Forderungen nach einer politischen Verantwortungsübernahme wurden insbesondere im Rahmen einer finanziellen Absicherung formuliert. Fehlendes Geld und Personalmangel wurden häufig als Grund dafür angegeben, dass Projekte pausiert oder nie gestartet wurden, selbst wenn vielversprechende Ideen vorhanden waren. Personal- und Geldmangel sind maßgeblich limitierende Probleme, die auch über den Landkreis hinaus viele Programme aus dem Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung betreffen (Grossmann und Noweski 2016). In den Interviews wurde zudem kritisiert, dass der Projektcharakter vieler Maßnahmen die nötige Kontinuität der Angebote verhindert. Die Gewissheit der finanziellen Abdeckung könnte mehr Planungssicherheit und Konstanz in der Umsetzung von Maßnahmen bedeuten. Des Weiteren könnten durch eine angemessene Aufwandsentschädigung vermutlich mehr Ehrenamtliche und Übungsleitende rekrutiert werden. Die Kommunen haben ebenfalls einen Bedarf an Kapital, um beispielsweise ärztliches Fachpersonal oder hauptamtliche Fachkräfte in der sozialen Arbeit oder in gemeinnützigen Vereinen anzustellen. Außerdem könnten neue Sportstätten errichtet bzw. instandgehalten und vorhandene Einrichtungen wie z. B. Bürgerhäuser wiederbelebt werden. Da nicht überall mehr finanzielle Mittel gewährt werden können, muss allerdings auch an alternative Lösungsansätze gedacht werden. Es sind beispielsweise bereits Konzepte erarbeitet worden, die durch Umorganisation der Verwaltungsaufgaben und vermehrte Vernetzung und Kooperationen die Vereinsarbeit verbessern könnten (Klein et al. 2014).

Über die Altersgruppe der Erwachsenen mittleren Alters wurde trotz der hohen Anzahl der Interviewteilnehmenden im entsprechenden Alter wenig gesprochen, es waren keine Fachleute für diese Altersgruppe anwesend. Positiv wurde immer wieder von den umfassenden Möglichkeiten der Naherholung und dem schon vorhandenen Beratungs-, Familien- Sport- und VHS-Angebot gesprochen. Auch andere Vereine (z. B. Bürgervereine) fanden vielfach Nennung, wobei

Diskussion

es hier eher die älteren Erwachsenen sind, die sich engagieren. Insbesondere für jüngere Erwachsene wird in vielen Kommunen ein Mangel an attraktiven Freizeitangeboten festgestellt. Im gesamten Landkreis wird von den Interviewten eine abnehmende Lebensqualität der Erwachsenen mittleren Alters wahrgenommen. Es wird beschrieben, dass Erwachsene im Alltag durch den Beruf immer mehr Stress bewältigen müssen und weniger Freizeit haben, während die unterstützenden Angebote sich nicht ausreichend schnell anpassen. Diese Entwicklung betrifft große Teile der Gesellschaft und konnte in einigen Untersuchungen bestätigt werden (Techniker Krankenkasse 2013; Ahlers 2014). Die erhöhten Anforderungen in der Arbeitswelt führen laut Aussage der Interviewten dazu, dass Erwachsene mittleren Alters eher zurückgezogen leben und sich weniger Zeit für Sport, Entspannung und soziale Kontakte nehmen. Außerdem wird eine abnehmende Bereitschaft der 18- bis 64-Jährigen beobachtet, sich zu vorhandenen Angeboten anzumelden geschweige denn Mitglied im Verein zu werden. Ein Problem wird dabei in der Verbindlichkeit vieler Angebote gesehen. Zudem wird dort, wo Unterstützungsangebote vorhanden sind, auf diese oftmals nicht niedrigschwellig genug aufmerksam gemacht. Ferner nennen die Interviewten Stigmata gegenüber (z. B. psychotherapeutischen) Beratungen oder Hilfsangeboten als Gründe für die fehlende Inanspruchnahme. In der Folge erschwert sich auch der Zugang zu dieser Altersgruppe. Insbesondere Männer mittleren Alters gelten als schwer zugänglich für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, im Landkreis wie auch deutschlandweit (Jung 2006). Der Wandel des gastronomischen Sektors wird von den Interviewten als ein weiterer wesentlicher Faktor gesehen, der zu einer Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt. Lokale Gaststätten und andere Treffpunktmöglichkeiten werden auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf entsprechend dem bundesweiten Trend („Kneipensterben“ (Sept 2021)) immer rarer. In der Folge all dieser Entwicklungen wird beobachtet, dass Erwachsene vermehrt an psychischen Erkrankungen leiden und über immer weniger Ressourcen verfügen. Diese Vermutung der Zunahme psychischer Erkrankungen ist deutschlandweit verbreitet (Richter 2020), wobei jedoch eher eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen als eine reale Zunahme der Prävalenz vorliegt (Jacobi 2009). Im Landkreis werden u. a. junge Eltern, Alleinerziehende und pflegende Angehörige als besonders belastet empfunden. Für Familien bedeuten diese Entwicklungen laut den Interviewten oft Risiken wie einen mangelhaften Ernährungszustand, verminderten Bezug zur Natur sowie Bewegungsmangel. Es wurde im Verlauf der Interviews deutlich, dass vor allem dem psychischen Wohl Erwachsener mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Dazu sollen zum einen Strukturen zur direkten Unterstützung der belasteten Gruppen (Bürgerhilfevereine, Erholungsfahrten etc.) weiterentwickelt und die entsprechenden Informationen niedrigschwelliger verbreitet werden. Zum anderen soll das Berufsleben

Diskussion

und der Alltag aller Erwachsenen entlastet werden, damit diese sich im Sinne der Gesundheitsförderung wieder mehr um ihr eigenes Wohlergehen kümmern können. Dazu könnten die Arbeitgeber vermehrt Maßnahmen der PGF im Arbeitsumfeld anbieten. Denkbar wären z. B. Angebote der betrieblichen Gesundheitsvorsorge, Betriebssport- und Entspannungs- oder Achtsamkeitskurse. Allgemein sollen Maßnahmen an bestimmte sehr belastete oder unterrepräsentierte Gruppen angepasst werden. Unter anderem wird dabei von den Interviewten ein verstärkter Fokus auf die Bedürfnisse jüngerer Erwachsene, Menschen mit muslimisch geprägtem Hintergrund, Alleinerziehende oder pflegende Angehörige gewünscht. Schon vorhandene Einrichtungen sollen genutzt und mehr unverbindliche und flexible Angebote geschaffen werden. Eltern sollen mehr mit in Angebote für Kinder eingebunden und somit gleichzeitig geschult werden. Für Schwangere scheint es sinnvoll, die werdenden Mütter schon früh zu begleiten, um einen vertrauensvollen Zugang und eine optimale Versorgung des Kindes zu erreichen. Das klappt laut Aussage der Interviewten bisher insbesondere in den städtischen Regionen gut, während entsprechende Angebote auf dem Land selten gefunden werden. Ferner soll eine vermehrte Aufklärung und Entstigmatisierung bestimmter Bereiche stattfinden. Vor allem psychische Erkrankungen und die Überforderung pflegender Angehöriger werden häufig als Tabuthemen empfunden.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass die beobachteten Entwicklungen nicht nur im Landkreis Marburg-Biedenkopf ein Problem darstellen, sondern vielmehr allgemeine Trends der ‚Leistungsgesellschaft‘ widerspiegeln. Regionale Maßnahmen können einen Teil beitragen, aber es scheint ein gesamtgesellschaftliches Umdenken notwendig, um die formulierten Forderungen gänzlich umzusetzen. Um die vielschichtigen Probleme und die damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken anzugehen, wird ein Handeln auf struktureller Ebene gefordert. Politisch könnte beispielsweise eine finanzielle Unterstützung zur Entlastung bestimmter Bevölkerungsgruppen förderlich sein. Des Weiteren könnte über die Gesetzgebung die Arbeitswelt nachhaltig umgestaltet werden. Diese führt durch fortlaufende Kostenreduktion und Ökonomisierung oftmals zu einem hohen Arbeits- und Zeitdruck für viele Beschäftigte, während Arbeitsschutzmaßnahmen hinten angestellt werden (Ahlers 2014). Dementsprechend sollten die staatlichen und betrieblichen Prüfungen bzw. Unternehmungen des Arbeitsschutzes erhöht werden (ebd.). Zur weiteren Entlastung der Beschäftigten könnten unter anderem weniger festgelegte Arbeitsstunden oder -tage, längere Pausen, mehr Urlaubstage, Mindestloohnerhöhungen usw. beitragen. In dem Zuge könnte es im Sinne der nachhaltigen Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Bevölkerung hilfreich sein, die Grundsätze der Leistungsgesellschaft

Diskussion

zu hinterfragen und neuartige Systeme wie z. B. ein bedingungsloses Grundeinkommen einzuführen.

Für die Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen waren einige spezialisierte Interviewteilnehmende anwesend. Insgesamt gibt es in den Kommunen des Landkreises bereits eine Vielzahl an aktiven Organisationen, die den Bedürfnissen der älteren Menschen entsprechen möchten. Dabei sind die verantwortlichen Träger (kommunal, kirchlich, gemeinnützig, etc.) ebenso vielfältig wie die vorhandenen Angebote. Die Angebote fangen bei der Freizeitgestaltung (Sport, Kreatives, Singen, etc.) an und reichen hin zu Beratungsangeboten und Alltags-, Betreuungs- sowie Mobilitätshilfen. Den Orten der sozialen Interaktion (oft Mittagstische) und generationenübergreifenden Projekten (z. B. ‚Vorlese-Omas‘) werden ebenfalls eine große Bedeutung beigemessen, obwohl sie nicht flächendeckend im Landkreis vorhanden sind. Auch die Nutzung der vorhandenen Strukturen unterscheidet sich innerhalb des Landkreises stark. Während in einigen Gemeinden das Angebot die Nachfrage nicht decken kann, führen in anderen Kommunen u. a. Schwellenängste zu einer Ablehnung neuer oder geplanter Initiativen. Insbesondere männliche Senioren werden vielfach als schwer erreichbar und dementsprechend anfälliger für gesundheitliche Risiken eingestuft. Ein weiterer problematischer Aspekt, der immer wieder genannt wurde, ist die Vereinsamung im Alter. Die Problematik wird deutschlandweit beschrieben und birgt weitreichende gesundheitliche Risiken für die Betroffenen (Luhmann und Bücker 2019). Nur in wenigen ländlicheren Kommunen wurde von einem guten Funktionieren der nachbarschaftlichen und familiären Versorgung von älteren Menschen berichtet. In vielen Gebieten wurde neben dem allgemeinen Trend der Vereinzelung durch wenig soziale Kontakte während des Berufslebens auch eine Abnahme der traditionellen Mehrfamilienhäuser festgestellt. Dieser Trend wird deutschlandweit beobachtet (Aner und Karl 2020). Diese zunehmende Vereinsamung führt laut den Interviewten nicht nur zu vermehrter psychischer Belastung, sondern auch zu einer Versorgungslücke in der Unterstützung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe und ist somit ein gesundheitsbezogenes Risiko. Besonders isoliert leben bettlägerige ältere Menschen, für die es wenige spezialisierte Angebote gibt. Des Weiteren kommt es durch die abnehmende Mobilität im Alter sowie Barrieren im privaten und öffentlichen Raum oftmals zu einer maßgeblichen Einschränkung der Lebensqualität. Für die Senioren/Seniorinnen soll in Zukunft erreicht werden, dass mehr Möglichkeiten geschaffen werden, im Rentenalter noch soziale Kontakte aufzubauen und zu pflegen, wobei auch die Bedeutung intergenerationeller Begegnung immer wieder betont wurde. In dem Kontext scheinen (generationenübergreifende) Mittagstische im Landkreis

Diskussion

ein überaus beliebtes Konzept zu sein, das weiter ausgebaut werden soll. Bezüglich der intergenerationellen Begegnung ist zu beachten, dass ältere Menschen mit körperlichen Einschränkungen tendenziell altershomogene Gruppen bevorzugen (Aner und Karl 2020). Eine breitere Masse und insbesondere auch Männer sollen durch flexiblere und niedrigschwelligere Angebote angesprochen werden. Es wurde gefunden, dass ältere Männer eher in Vereinsstrukturen aktiv sind, während Frauen bevorzugt Bildungseinrichtungen (z. B. VHS) nutzen (ebd.) (Aner und Karl 2020), sodass Vereine als Zugangswege zu männlichen Senioren in den Fokus rücken. Im Kontext der Niedrigschwelligkeit wird außerdem angestrebt, durch frühe Miteinbeziehung möglichst vieler Menschen und Aufklärungsarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen einen Wandel der oft festgefahrenen Mentalität zu erreichen. Dieser Wandel soll den Abbau von Schwellenängsten und Hemmungen bewirken, Krankheiten und Hilfsangebote entstigmatisieren und Selbstwirksamkeit fördern. Des Weiteren steht der Bedarf für die Weiterentwicklung von Altenhilfekonzepten im Vordergrund, die auf verschiedenen Ebenen das tägliche Leben der Senioren/Seniorinnen entlasten sollen. Dazu zählen Einkaufs- und Haushaltshilfen, aber auch die Schaffung von mehr Fahrdiensten, die dem häufigen Problem der Immobilität entgegenwirken sollen. Des Weiteren wird gewünscht, dass insbesondere für ältere Menschen, die in prekären finanziellen Umständen leben, mehr kostengünstige Optionen der Mobilität, aber auch der Freizeitgestaltung verfügbar sind. Informationen und Beratungen über die vorhandenen Unterstützungsstrukturen (Rente, Betreuung, Pflege) sollen noch systematischer angeboten werden, da die Zielgruppe in den Augen der Interviewten insbesondere in bevölkerungsschwächeren Kommunen nicht gut erreicht wird. Dazu könnte ein regelmäßiges Angebot vor Ort oder eine gemeindeübergreifende Sprechstunde mit organisiertem Fahrdienst implementiert werden. Während die Versorgung durch Pflegedienste meist als ausreichend empfunden wird, werden die Pflegeheime im Landkreis als überlastet wahrgenommen, auch das Angebot der Tagespflege sei mangelhaft. Des Weiteren spitzt sich in den ländlichen Regionen die hausärztliche Unterversorgung zu, vor allem die Hausbesuche können den Bedarf nicht mehr decken.

All diese Belange sind allem Anschein nach kein rein regionales Problem, sondern vielmehr ein strukturelles. So wurde auch in den Interviews häufig betont, dass für die Sicherstellung eines menschenwürdigen Lebens bis ins hohe Alter das Gesundheitswesen einen Wandel erfahren müsste. Dazu wurde von den lokalen Akteuren/Akteurinnen immer wieder mehr Verantwortungsübernahme von politischer Seite gefordert, z. B., um dem Pflegemangel zu begegnen. Außerdem sollten vor allem die gemeinnützigen Vereine und andere Institutionen der Altenhilfe staatlich unterstützt werden, da die Verantwortung und der Druck, der auf den Ehrenamtlichen

Diskussion

lastet, nicht dauerhaft tragbar sind. Es erscheint auch logisch, dass etwas so Essenzielles wie die Versorgung im Alter nicht von der Zufälligkeit eines Vereines oder von Ehrenamtlichen abhängen sollte.

Ferner wird deutlich, dass selbst innerhalb des Landkreises eindeutig regionale Unterschiede festzustellen sind. So könnten die Kommunen vermutlich insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen von einer Vernetzung untereinander profitieren, um Erfolgsprojekte zu verbreiten und Erfahrungen zu teilen.

Die im Leitfaden benannten vulnerablen Gruppen waren bei den Interviewteilnehmenden kaum als Spezialgebiet repräsentiert. Kein Mensch, der ersichtlich mit einer Behinderung lebt, wurde interviewt. Auch Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung, Alleinerziehende oder die in Armut leben, waren unterrepräsentiert. Nur wenige Interviewte ließen sich als Fachleute für diese Gruppen charakterisieren. Dementsprechend war der Erkenntnisgewinn für diese Gruppen gering. Wenn über sie gesprochen wurde, war die Außenperspektive dominant. Die Interviewten schienen vielfach auf die nicht formulierte Frage, ob es Probleme der Mehrheitsgesellschaft mit Geflüchteten, Migrierten oder sonstigen vulnerablen Gruppen gibt, zu antworten und weniger die gesundheitsrelevanten Fragestellungen dieser Gruppen in Betracht zu ziehen. Dies wurde besonders deutlich, da ein großer Erkenntnisgewinn durch das Interviewen einer Frau mit Migrationshintergrund erzielt werden konnte. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass in vielen Fällen nicht trennscharf zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen unterschieden werden konnte. Zum einen lässt sich dies in den offensichtlichen Überschneidungen bestimmter Bevölkerungsgruppen erklären. So wurde die Gesundheit von Alleinerziehenden schon bei dem Kapitel zur Gesundheit von Erwachsenen mittleren Alters besprochen, die gesundheitlichen Folgen von Armut wurden zum Teil schon beim Kapitel zu Altersarmut (Senioren/Seniorinnen) erläutert. In einigen Interviews, insbesondere in den fünf Städten/Stadtteilen mit dem Projekt „Soziale Stadt“, stellten Zugewanderte zudem einen Großteil der Bevölkerung dar und wurden somit oftmals nicht als gesonderte Gruppen besprochen. Stattdessen flossen die Perspektiven in die der einzelnen Altersgruppen mit ein. Des Weiteren wurden seitens einiger Interviewter Begriffe wie ‚Geflüchtete‘ und ‚Zugewanderte‘ synonym verwendet, sodass die getrennte Betrachtung zusätzlich erschwert wurde. Dort, wo explizit auf die Gruppe der Migrierten eingegangen wurde, ließ sich feststellen, dass es einige wenige spezialisierte Angebote in den Kommunen gibt. Genannt wurden kultursensible Angebote wie Sportkurse oder Pflegedienste. Insgesamt wurde aber ein Fehlen von noch mehr vergleichbaren Strukturen bemängelt. Armut, fehlende Sensibilität gegenüber anderen Kulturen und rassistische Stigmatisierungen

Diskussion

prägen laut den Interviewten vielfach den Alltag von Zugewanderten. Besonders in ländlichen Regionen wird die Integration wegen fehlender Berührungspunkte mit der restlichen Bevölkerung erschwert. Aufgrund sprachlicher Barrieren sind vor allem ältere Migrierte anfällig für soziale Isolation. Auch zugewanderte Mädchen und Frauen werden schlechter von vorhandenen Angeboten erreicht. Der Bedarf wurde dementsprechend dahingehend geäußert, mehr Möglichkeiten der Integration zu schaffen, die Kultursensibilität verschiedener Angebote zu erhöhen sowie einen Fokus auf mehrsprachige Strukturen und niedrigschwellige Informationsverbreitung zu legen. Dabei sollte interkulturelle Bildung und Begegnung im Mittelpunkt stehen, während Menschen mit Migrationshintergrund weniger als gesonderte Zielgruppe aufgefasst werden sollten (Aner und Karl 2020). Viele der genannten Beschreibungen treffen auch auf die Gruppe der ‚Geflüchteten‘ zu. Es wurde klar, dass Geflüchtete zwar oft lokal Unterstützung erhalten, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse aber meist nur unzureichend erfüllt werden. Aktuelle Zugangswege sind vor allem KITAS und Sportprogramme. Risiken wurden von den Interviewten in der häufigen Segregation der Unterkünfte, der Bedrohung durch Armut, der enormen psychischen Belastung sowie in Hürden beim Einstieg ins Berufsleben gesehen. Deswegen sollte die Unterbringung von Geflüchteten dezentraler erfolgen und mehr unterstützende Strukturen (z. B. Dolmetschende, psychotherapeutische Betreuung) zur Verfügung gestellt werden. Ferner wurde auch die lokale sowie die bundesweite Geflüchteten-Politik kritisiert und unter anderem eine Verhinderung der Trennung von Familien durch Abschiebungen gefordert.

Über gesundheitsbezogene Strukturen, Probleme und Bedarfe von Menschen mit Behinderung konnten kaum Informationen gesammelt werden. Es wurden wenige etablierte Strukturen der Integration/Inklusion erwähnt, auch wenn diese in vielen Regionen des Landkreises bekannt schienen. Zielgruppe sind dabei vor allem Kinder und Jugendliche. Dabei fiel vor allem auf, dass die großen Distanzen vom Wohnort zu den genannten Strukturen (z. B. KITAS/Schulen) ein Problem darstellen, sodass vielfach mehr wohnortnahe Angebote gewünscht wurden. Dies entspricht der Idee der ‚Normalisierung‘, die eine Dezentralisierung und Regionalisierung der Hilfsysteme von Menschen mit (geistiger) Behinderung vorsieht (Thimm und Bank-Mikkelsen 2008). Außerdem sollten auch ältere Menschen mit Behinderung mehr berücksichtigt, Barrieren abgebaut und mehr Möglichkeiten der Partizipation geschaffen werden, um Teilhabe zu gewährleisten und Stigmata abzubauen.

Menschen, die in Armut leben, finden zwar teilweise unterstützende Strukturen vor, diese scheinen aber insbesondere auf dem Land wenig ausgeprägt und nicht niedrigschwellig genug zu sein.

Diskussion

Positiv wird von der Verbreitung von Informationen und Beratungen über bestehende Strukturen (Läden, Tafeln, Bürgerbus) berichtet, sodass diese Herangehensweise flächendeckender umgesetzt werden sollte. Außerdem sollten in allen Bereichen mehr kostengünstige Angebote geschaffen werden, um Menschen, die von Armut betroffen sind, weniger von Aktivitäten auszuschließen.

Insgesamt stellt sich der Landkreis in den 23 Interviews, deren Ergebnisse hier zusammengetragen und diskutiert wurden, als vielfältiges Gebilde dar, dessen Strukturen, Probleme und Bedarfe hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention sich nur schwer in ein einziges Schema pressen lassen. Die Interviews waren auch aufgrund der unterschiedlichen Teilnehmenden sehr vielfältig und eröffneten verschiedenste Perspektiven. Aufgrund der großen Anzahl Interviewter in den unterschiedlichen Gemeinden und Städten ist es gelungen, eine Sättigung in Bezug auf die Erkenntnisse zu den verschiedenen Themen zu erhalten und so in diesem Bericht einen Überblick über die die Gesundheit betreffenden Strukturen, Probleme und Bedarfe im Landkreis geben zu können. In der Gesamtbetrachtung der Interviews wird deutlich, dass klassische Public-Health Themen vielfach repliziert werden konnten. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf sind gesundheitsbezogene Fragen oftmals ähnlich zu beantworten wie im gesamten Bundesgebiet. Risiken und Bedarfe, die mit dem beobachteten Lebensstil mit weniger Bewegung und ‚ungesünderer‘ Ernährung, mehr Stress im Alltag und mehr sozialer Isolation der Bevölkerung zusammenhängen, sind einige Beispiele dafür. Viele Interventionsmöglichkeiten werden bereits lokal durchgeführt, doch der Bedarf ist noch lange nicht gedeckt und die Durchführung der Maßnahmen in den Subregionen des Landkreises gestaltet sich sehr unterschiedlich. Der Informationsgewinn auf lokaler Ebene bestand zudem aus den identifizierten Best-Practice Beispielen. Diese sind nur selten gemeindeübergreifend bekannt und sollten systematisch verbreitet werden. Da bisher kaum eine Vernetzung von Aktiven innerhalb des Landkreises stattgefunden hat, sollte diese ebenfalls gefördert werden. So können Projekte und vor allem auch besser koordinierte gemeindeübergreifende Projekte mit z. B. dem Landkreis als übergeordneter Einheit als Antwort auf einige negative Entwicklungen umgesetzt werden. Außerdem soll die Abhängigkeit von dem individuellen Einsatz der kommunalen Akteure/Akteurinnen reduziert werden. Mehrgenerationenprojekte werden vielfach als geeigneter Ansatz für Maßnahmen der PGF genannt, da alle Altersgruppen gesundheitlich profitieren und Vorurteile und Stigmata zugunsten von mehr Empathie abgebaut werden könnten. Dabei ist auch eine vermehrte Miteinbeziehung von vulnerablen Gruppen im Sinne der Integration bzw. Inklusion erwünscht.

Diskussion

Trotz der enormen Bedeutung von lokal durchgeführten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, wurde im Rahmen der Interviews ebenso klar, dass auch global bzw. bundesweit Lösungen für bestimmte Probleme und Risiken gefunden werden müssen. Denn viele Trends wie die soziale Vereinzelung, beruflicher Stress oder die Zunahme psychischer Erkrankungen sind auf regionaler Ebene nur bedingt beeinflussbar und machen strukturelle bzw. politische Veränderungen notwendig. Selbst bei Maßnahmen, die lokal durchführbar sind, bestand der gemeinsame Tenor vielfach in der Forderung nach mehr (finanzieller) Unterstützung und Absicherung durch den Staat. Die Verantwortung sollte demnach in vielen Belangen von lokalen (insbesondere ehrenamtlichen) Akteuren/Akteurinnen auf die staatliche Ebene übertragen werden.

Gegenüberstellung

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Analysen. Die Fragestellung war dabei insbesondere, ob die Modellierungen der Small Area Estimation (SAE) auch der Wahrnehmung aus der Praxis entsprechen bzw. welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich aufzeigen.

Die gefundenen Gemeinsamkeiten der beiden Analysen bezogen sich vor allem auf lebensstilbezogene Faktoren. So wurden beispielsweise die Themengebiete Ernährung und Bewegung vielfach in den Interviews beleuchtet. Diese hängen mit einigen der in der SAE untersuchten Indikatoren zusammen. Dazu zählen die Merkmale Adipositas, Diabetes und die Herz-Kreislaufkrankungen, auch wenn auf diese Folgeerkrankungen in den Interviews selten gesondert eingegangen wurde. In der SAE präsentierten sich bei diesen Merkmalen kaum Unterschiede innerhalb des Landkreises. Die in der SAE gefundene Varianz stellte sich am ehesten anhand des sozioökonomischen Status dar: Kommunen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (Stadtallendorf, Neustadt, Angelburg) wiesen bei den genannten Indikatoren höhere erwartete Prävalenzen auf als solche mit höherem Status. Diese Tendenz konnte zum Teil auch in den Interviews abgebildet werden. Insbesondere in der Stadt Stadtallendorf wurden differenziert Armut und die assoziierten gesundheitsbezogenen Risiken problematisiert. Dass diese armutsbezogenen Problematiken in einigen Regionen schon erkannt wurden, spiegelt auch die Aufnahme der beiden Städte Neustadt und Stadtallendorf in das Förderprogramm „Soziale Stadt“ (heute „Sozialer Zusammenhalt“) wider. Gefördert werden Städte oder Stadtteile mit einem erhöhten Bedarf an städtebaulicher Sanierung und Verbesserung der sozialen und kulturellen Infrastruktur (Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Wohnen o. D.). Teile der im Rahmen des Programms

Diskussion

umgesetzten oder geplanten Maßnahmen können auch dem Themenkomplex der Prävention und Gesundheitsförderung zugeordnet werden. In den Städten des Förderprogramms hat also wahrscheinlich bereits eine höhere Sensibilisierung für gesundheitliche Chancengleichheit sowie die Themen Prävention und Gesundheitsförderung stattgefunden. Jedoch waren auch hier schon Unterschiede festzustellen, die insbesondere mit der Expertise der jeweiligen Interviewten zusammenhängen. In Neustadt war zum Beispiel im Gegensatz zu Stadtallendorf keine Ansprechperson aus dem Förderprogramm anwesend. Eine weitere Verzerrung könnte dadurch entstanden sein, dass Problematiken in Kommunen mit ähnlicher Einkommenssituation wie die Fördergebiete durch eine fehlende Sensibilisierung verschleiert wurden.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen hängt von der Gesamtbevölkerungszahl ab und ist laut Prognosen aufgrund der alternden Bevölkerung (mit Ausnahme der Stadt Marburg) steigend. Daraus lässt sich ein Handlungsbedarf im Sinne der nachhaltigen Absicherung der pflegerischen Versorgung ableiten, der auch der Wahrnehmung aus der Praxis entspricht. In den Interviews wurde insbesondere der Mangel an Pflegeheimen und Tagespflegeangeboten kritisiert. Anhand der SAE ließ sich lediglich vermuten, dass bevölkerungsreichere Regionen schlichtweg aufgrund der Anzahl zu Pflegenden einen höheren Bedarf aufweisen als bevölkerungsärmere Kommunen. Bei den Interviews waren keine regionalen Unterschiede erkennbar.

Auf das Merkmal Multimorbidität wurde in den Interviews indirekt im Rahmen der Versorgung älterer Menschen eingegangen. Multimorbidität, die weit mehr als die Hälfte der Menschen ab 65 Jahren betrifft, kann als ein Faktor für die Entstehung von Immobilität, Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit gesehen werden. Ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität und bettlägerige Menschen werden als besonders gefährdet für soziale Isolation angesehen. Entsprechend oft wurde die Wichtigkeit von Maßnahmen betont, die diesen Entwicklungen entgegenwirken. Da jedoch im Rahmen der Interviews nicht direkt auf Multimorbidität eingegangen wurde und Multimorbidität häufig nicht bzw. nicht direkt zu Immobilität und Bettlägerigkeit führt, sind weitere Vergleiche erschwert. In den Interviews wurde sehr oft die Zunahme psychischer Erkrankungen festgestellt und Handlungsbedarfe geäußert. Auch in der Small Area Estimation konnte ‚Depression‘ als ein häufig vertretenes Merkmal identifiziert werden. Die Prävalenzen für die Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen wurde in den Kommunen des Landkreises auf 13-19 % geschätzt. Jedoch waren dabei in den Interviews keine, in der SAE kaum regionalen Unterschiede innerhalb des Landkreises auszumachen.

Diskussion

Die Unterschiede der beiden Analysen sind vielfältig, sodass sämtliche Vergleiche erschwert werden. Sie weisen eine größtenteils unterschiedliche Betrachtung auf. In der Small Area Estimation wurde neben dem Alter auch nach Geschlecht und einzelnen Kommunen differenziert, während vulnerable Gruppen oder Stadtteile der Stadt Marburg nicht berücksichtigt wurden. In den Interviews hingegen wurde der Fokus auf vier Altersgruppen sowie einige vulnerable Gruppen gelegt und geschlechtliche Unterschiede größtenteils vernachlässigt. Im Gesamtbericht der Interviews sind im Gegensatz zur SAE i. d. R. keine Aussagen über einzelne Kommunen zu finden. Vier Stadtteile Marburgs wurden mit in die Interviews einbezogen. Da die Stadtteile nicht mit der Stadt Marburg gleichzusetzen sind, können Aussagen der SAE nicht auf diese Quartiere bezogen werden. Des Weiteren wurde in den Interviews häufig auch eine zeitliche Perspektive betrachtet, etwa die Zunahme einiger Probleme über die Jahre. Bei der SAE lag im Gegensatz dazu eine modellierte Bestandsaufnahme anhand aktueller Daten vor. Auf die Merkmale Polypharmazie, Hospitalisierung und Rückenschmerzen der Small Area Estimation wurde in den Interviews nicht oder nicht relevant eingegangen.

9.2 Grenzen der Forschung/Vorschläge für zukünftige Forschungen

Bei der Durchführung und Interpretation der Small Area Estimation und der Experteninterviews waren bei beiden Analysemethoden Limitationen zu erkennen. Obwohl in der Gesamtbetrachtung der Interviews eine Sättigung vieler Bereiche erreicht werden konnte, blieben die Erkenntnisse einiger Themengebiete hinter den Erwartungen zurück. Zudem variierte die Größenordnung des Informationsgewinns von Interview zu Interview stark, was unter anderem durch die Auswahl der von den Städten/Gemeinden/Stadtteilen benannten Interviewten erklärt werden kann. Zum einen unterschied sich die Anzahl der anwesenden Akteure/Akteurinnen von einem bis sechs Interviewten deutlich. Zum anderen waren die getroffene Vorbereitung auf das Interview, die Motivation und das Level an Expertise sehr divers. In einigen Kommunen findet man ein insgesamt großes Engagement, gesundheitsbezogene Sachverhalte zu benennen und anzugehen, während in anderen Gegenden bisher kaum eine Auseinandersetzung mit Prävention und Gesundheitsförderung stattgefunden hat. So machte z. B. eine Gemeinde den Eindruck einer ‚heilen Welt‘, während im Interview mit der direkten Nachbargemeinde, die eine ähnliche Altersstruktur etc. aufweist, viele Probleme benannt wurden. Etwaige Vergleiche zwischen den Interviews waren also insgesamt erschwert. In dem Sachverhalt kann man vermuten, dass ein standardisiertes Vorgehen, z. B. durch das zusätzliche Ausfüllen eines Fragebogens seitens der Interviewten, zu einer höheren Vergleichbarkeit der Interviews geführt hätte. Da jedoch „im Rahmen qualitativer Sozialforschung eine Vergleichbarkeit im klassisch-experimentellen Sinne sowieso nicht herstellbar und auch nicht intendiert ist“ (Naderer und Balzer 2007), sollte dieses Vorgehen abgewogen werden. Schließlich ist es zugleich auch die relative Freiheit und Offenheit der Interviews, die erwünscht ist und einen wesentlichen Vorteil der Methode darstellt. Des Weiteren galten nicht alle Interviewten als Fachleute für ein größeres Spektrum, die Perspektiven waren oft partikulär und müssen vor dem Hintergrund einer eventuellen politischen Färbung gesehen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven und Kompetenzen brachten die Interviewten auch unterschiedliche Schwerpunkte in der Benennung von Strukturen, Problemen und Bedarfen. So konnten nicht immer Informationen zu allen Altersgruppen gesammelt werden. Gar nicht anwesend waren Jugendliche oder Vertretende von Schulen. Ebenso waren Interessenvertretende bzw. Betroffene der vulnerablen Gruppen stark unterrepräsentiert. So kam es auch dazu, dass im Rahmen der Interviews oft über und nicht mit der eigentlichen Zielgruppe gesprochen wurde. Der lokale Bedarf einer Zielgruppe wird im besten Fall aber unter Einbindung der Zielgruppe erhoben, da so die Zusammenarbeit der Beteiligten und die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse gefördert werden kann (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011b). Trotz

Diskussion

des vermehrten Zeit- und Arbeitsaufwands partizipativer Forschung (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011a), sollte man also bei der Durchführung einer Bedarfserhebung erwägen, der direkten Mit- einbeziehung der Zielgruppen einen größeren Stellenwert zu geben. Ein weiterer Kritikpunkt bei der Analyse kann in der Form der aggregierten Zusammenfassung gesehen werden. Um die Anonymität der Interviewten bestmöglich zu bewahren, wurde mit wenigen Ausnahmen davon abgesehen, die Erkenntnisse der Zusammenfassung auf einzelne Subregionen zu beziehen, sodass Potenziale, Probleme und Bedarfe selten einzelnen Gemeinden bzw. Städten zuzuordnen sind. Stattdessen können die Erkenntnisse eher auf kleinere, sehr ländliche Gemeinden oder Städte bzw. städtische Bezirke mit und ohne soziale Brennpunkte bezogen werden. In dem Vorgehen ist ein Informationsverlust von unter Umständen wertvollen Informationen zu erkennen. Auch wenn die Interviewten selbst Zugang zu den Langzusammenfassungen ihres Interviews hatten, ist fraglich, ob diese individuellen Erkenntnisse nicht auch für andere Personen nützlich sein könnten. Hierbei ist anzumerken, dass die Langzusammenfassungen Interessierten für die weitere Arbeit dann zur Verfügung gestellt werden könnten, wenn die entsprechenden Interviewteilnehmenden der Weitergabe zustimmen würden. Ferner kann die Form der Tandeminterviews mit zwei Interviewenden kritisiert werden, da für den Vorteil der erhöhten Aufmerksamkeit die Gefahr in Kauf genommen wird, dass das Interview als Verhör wahrgenommen wird und die Interviewten eventuell weniger offen antworten. Auch die Durchführung der Interviews als Gruppengespräche muss von zwei Seiten beleuchtet werden. Auf der einen Seite konnten auf diese Art schon während der Gespräche eine Vernetzung der Akteure/Akteurinnen erreicht und Problemlösungsstrategien gemeinsam erarbeitet werden. Auf der anderen Seite besteht bei Gruppeninterviews das Risiko, dass die vorgegebene Struktur verloren geht und sich das Interview zunehmend zu einer Diskussion entwickelt, die den Interviewenden die Moderation und das Sammeln der erwünschten Informationen erschwert. Wenn man sich dennoch für den Ansatz eines Gruppengesprächs entscheidet, würde es sich unter Umständen anbieten, die Teilnehmenden strukturierter auszuwählen. Dabei könnte das Vorgehen einiger Umsetzungsbeispiele der Schweizerischen Gesundheitsstiftung „Radix“ als Vorbild dienen (Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX o. D.a). Dabei wurden oftmals Gespräche mit Fokusgruppen, also mit Betroffenen und Personen mit hoher Expertise eines speziellen Fachgebiets geführt. Die Idee ist dabei, dass zu den einzelnen Themen mehr in die Tiefe gegangen wird. Nachteilig wäre die vermutlich komplizierte Organisation entsprechender Termine. Ferner ist fraglich, ob durch eine Transkription der Interviews ein merklich größerer Informationsgewinn zustande gekommen wäre.

Diskussion

Die Limitationen der Small Area Estimation sind zum Teil schon im Namen der Methode enthalten. Die Analysemethode beruht auf einer Schätzung, kann also nicht quantitativ erhobenen Datensätzen gleichgesetzt werden. Folglich kann auch kritisch hinterfragt werden, ob eventuelle Interventionen anhand einer Modellierung durchgeführt werden sollten. Die verwendeten Datensätze sind oftmals uneinheitlich, entstammen unterschiedlichen Quellen und Ebenen (Bundes-, Landes-, Kreisebene). Auf der anderen Seite ist genau dies das Problem, das die Small Area Estimation versucht zu lösen, indem sie die (uneinheitlich) verfügbaren Daten auf eine festgelegte Region bezieht und gewissermaßen vereinheitlicht. Wie schon im Kapitel zur Gegenüberstellung der beiden Methoden genannt wurde, sind die Small Area Estimation und die Experteninterviews nur bedingt miteinander zu vergleichen. Zu unterschiedlich sind die Betrachtungsweisen. Allgemein wird der Mixed-Methods-Ansatz jedoch im Rahmen der Forschung zur Gesundheitsförderung als geeignet angesehen und zunehmend angewandt (Niederberger 2018). Auch im Sinne der partizipativen Qualitätsentwicklung gilt die Berücksichtigung verschiedener Perspektiven bei der Bedarfserhebung als erfolgsversprechend (Deutsche Aidshilfe e.V. 2011b). Sofern es möglich ist, sollten die verwendeten Methoden besser aufeinander abgestimmt werden. Für eine bessere Passung hätte bei den hier verwendeten Analysen eine Angleichung z. B. der berücksichtigten Bevölkerungsgruppen beitragen können, wenngleich dies durch die Limitationen der verfügbaren Datensätze der SAE erschwert war.

Da die im Rahmen dieser Promotionsschrift durchgeführte Bedarfsanalyse als Teil des integrierten Handlungskonzepts des Gesundheitsamts im Anschluss Ideen für konkrete Handlungsstrategien und Konzepte liefern soll, muss auch gefragt werden, wie aussagekräftig die Erkenntnisse in Bezug auf dieses Ziel sind. Kritisch zu betrachten ist dabei, dass jeweils nur ein Termin mit den Akteuren/Akteurinnen stattgefunden hat. Seitens der Interviewenden gab es keine dauerhaften Interaktionen bzw. Kooperationen mit Ansprechpersonen vor Ort. Insbesondere bei kurzzeitigen Projekten und limitierten finanziellen Mitteln besteht die Gefahr, dass erfolgsversprechende Ansätze ins Leere laufen. Um eine Weiterführung angestoßener Programme zu gewährleisten, sollte eine festgelegte Übergangsphase lokale Akteure/Akteurinnen bei der praktischen Umsetzung unterstützen (Praxispartner*innen/Mitforschende des Forschungsverbundes PartKomm-Plus 2021). Möglicherweise könnte man also nachhaltigere Ergebnisse erzielen, indem die Instanz, die die Bedarfsanalyse durchführt, auch aktiv in den weiteren Prozess eingreift. Das könnte unter anderem in Form von weiteren Bedarfsanalysen, der Verbreitung von Best Practice-Beispielen und schließlich auch durch Maßnahmen der Qualitätssicherung stattfinden.

10 Zusammenfassung/Ausblick

Im Rahmen dieser Dissertation sollte durch ein Mixed-Methods-Forschungsdesign der Bedarf für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf herausgearbeitet werden. Dazu wurde eine Kombination aus Small Area Estimation und Experteninterviews herangezogen. Die Fragestellung bezog sich zum einen auf die in der Small Area Estimation dargestellten Sozialfaktoren und Demographie, die auf die Region übertragene gesundheitliche Lage anhand festgelegter Variablen sowie in dem Zuge gefundene regionale Unterschiede und abgeleitete Handlungsbedarfe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Zum anderen sollten durch Experteninterviews im Landkreis vorhandene Strukturen, Best Practice-Projekte, Probleme und Bedarfe an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aus der Sicht lokaler Akteure/Akteurinnen erfasst werden. Die beiden Analysen wurden sowohl einzeln als auch vergleichend betrachtet. Der Fokus lag auf den beiden Altersgruppen der Erwachsenen mittleren Alters (18- bis 64-Jährige) und Senioren/Seniorinnen (über 65-Jährige). In den Interviews wurden zusätzlich altersgruppenübergreifende Erkenntnisse und Erkenntnisse bestimmter vulnerabler Gruppen gesammelt.

Als Grundlage dieser Bedarfsanalyse zeigte die Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage, dass der Landkreis als typische ländliche Region Deutschlands einzuordnen ist, der sich durch die Stadt Marburg mit ihrem hohen Studierendenanteil im Hinblick auf die Altersstruktur von anderen ländlichen Regionen unterscheidet. Innerhalb des Kreisgebietes bestanden bei der Analyse der Indikatoren zwar Unterschiede zwischen den Kommunen, diese sind aber insgesamt als gering zu bezeichnen. Auswirkungen auf einen höheren geschätzten Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen ergaben sich zum einen auf Grundlage der Altersstruktur. Senioren/Seniorinnen wiesen höhere erwartete Prävalenzen bei vielen Merkmalen auf. Zum anderen spielte der sozioökonomischen Status eine wesentliche Rolle, hier in Form von höheren geschätzten Prävalenzen in einkommensschwächeren Subregionen. Unter den im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung typischerweise aufgeführten Indikatoren waren es vor allem die lebensstilbezogenen Faktoren bzw. Erkrankungen, die auch in den Interviews zur Sprache kamen. Vor allem Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung wurden vielfach von den Interviewten problematisiert. Die damit assoziierten ‚Wohlstandserkrankungen‘ Adipositas, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wiesen in der Small Area Estimation geschätzte Prävalenzen auf, die zum großen Teil die bundesweiten Daten und somit einen hohen Handlungsbedarf widerspiegeln. Bei den Schätzungen der Variablen Multimorbidität und Polypharmazie

Zusammenfassung/Ausblick

sowie Hospitalisierung und Pflegebedürftigkeit wurde die Altersgruppe der Senioren/Seniorinnen betrachtet. Dabei ließen sich keine für den Landkreis oder die Subregionen spezifischen Bedarfe ableiten. Für die Prävalenz von Krebserkrankungen im Landkreis konnten abgesehen von dem selteneren Vorkommen im Bundes- und Landesvergleich ebenfalls keine Aussagen getroffen werden.

Die oftmals belastungsassoziierten Erkrankungen wie Depressionen und chronische Rückenschmerzen spielen im Landkreis Marburg-Biedenkopf eine wesentliche Rolle im Erkrankungsspektrum sowohl der Erwachsenen als auch der Senioren/Seniorinnen. In den Interviews wurde insbesondere die psychische Gesundheit aller Erwachsenen durch soziale Vereinzelung und Stress als zunehmend gefährdet eingestuft. Das Engagement bei der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelten variiert innerhalb des Landkreises stark. Es wurde deutlich, dass trotz lokaler Bemühungen der Bedarf an Maßnahmen noch nicht gedeckt ist und noch zu oft einzelne Bevölkerungsgruppen unerreicht bleiben. Es wurde vielfach die Notwendigkeit geäußert, Programme niedrigschwelliger, systematischer und generationen- sowie gemeindeübergreifend zu gestalten. In vielen Bereichen könnten außerdem Kooperationen verschiedener Institutionen, die Öffnung bestehender Räume und das Nachahmen vorbildlicher Projekte (Best-Practice) große Gewinne für die Gesundheit der Menschen erreichen. Insgesamt wurden in den Interviews vielfach schon bekannte Problematiken dargestellt. Hervorzuheben ist dabei die Erkenntnis, dass in der Literatur beschriebene Public-Health Themen tatsächlich auch von den Akteuren/Akteurinnen vor Ort wahrgenommen werden.

Die Limitationen der gewählten Methoden bestehen vor allem aus einer Unterrepräsentation mancher Themen und Bevölkerungsgruppen (z. B. Alleinerziehende, Geflüchtete) sowie einer dadurch mitunter limitierten und subjektiven Sichtweise in den Interviews. Für einige Merkmale konnte in den Interviews kein wesentlicher Informationsgewinn erzielt werden. Die Small Area Estimation ist ein Schätzmodell, das aufgrund fehlender Daten nur zum Teil die Realität widerspiegeln kann. Vergleiche beider Methoden sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Betrachtungsweisen erschwert. Insgesamt konnte die Bedarfsanalyse dennoch nicht zuletzt wegen der Offenheit des semistrukturierten Leitfadens und der Vielfalt der Interviewten und der untersuchten Variablen ein buntes Bild vom Landkreis, seinen Strukturen, Problemen und Bedarfen zeichnen. Es haben sich gemeinsame Trends und vielfältige Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt. Während einige dieser Interventionen sehr kostengünstig sein dürften, sind andere mit großen Investitionen in die bauliche, organisatorische und personelle Infrastruktur verbunden. Es lohnt

Zusammenfassung/Ausblick

sich hierbei in jedem Fall, ‚miteinander voneinander zu lernen‘ (‚Benchmarking‘) und in die Professionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene zu investieren. Dazu sollten auch die politischen und finanziellen Rahmenbedingungen optimiert und ggf. Maßnahmen zur Qualitätssicherung getroffen werden. Durch die Umsetzung all dieser gesundheitsfördernden und präventiven Anstrengungen besteht das Potential, die Häufigkeit vieler Erkrankungen zu reduzieren und die Lebensqualität der Bevölkerung nachhaltig zu erhöhen.

11 Summary

In the context of this dissertation, a mixed-methods research design was used to identify the need for prevention and health promotion measures in the district of Marburg-Biedenkopf. For this purpose, a combination of small area estimation and expert interviews was used. The questions were related to the social factors and demographics presented in the small area estimation, the health situation in the region based on defined variables, and the regional differences found during the estimation and the derived need for action for prevention and health promotion measures. On the other hand, the existing structures, model projects (best practice), problems and needs for prevention and health promotion measures in the district were to be recorded from the perspective of local actors through expert interviews. The two analyses were considered both individually and comparatively. The focus was on the two age groups of middle-aged adults (18- to 64-year-olds) and seniors (over 65-year-olds). The interviews additionally gathered insights across age groups and insights of specific vulnerable groups.

As a basis for this needs assessment, the analysis of the social and health situation showed that the district can be classified as a typical rural region of Germany, which differs from other rural regions in terms of age structure due to the city of Marburg with its high proportion of students. Within the district, there were differences between the municipalities in the analysis of the indicators, but these can be described as minor overall. Effects on a higher estimated need for health promotion and preventive measures were found based on the age structure, on the one hand. Seniors showed higher expected prevalences for many characteristics. On the other hand, socioeconomic status played a significant role, here in the form of higher estimated prevalences in lower-income subregions. Among the indicators typically listed in the health reporting, it was primarily the lifestyle-related factors or diseases that also came up in the interviews with actors/stakeholders in the region. Lack of exercise and unhealthy diet were frequently problematized by the interviewees. The associated "diseases of affluence" such as obesity, diabetes mellitus and cardiovascular diseases showed estimated prevalences in the small area estimation, which largely reflected the nationwide data and thus a high need for action. In the estimates of the variables multimorbidity and polypharmacy as well as hospitalization and need for long-term care, the age group of senior citizens was considered. No needs specific to the county or subregions could be derived. Except for the lower prevalence of cancer in comparison with the rest of Germany or the state, no statements could be made about the prevalence of cancer in the county. The often stress-associated illnesses such as depression and chronic back pain play a

Summary

significant role in the spectrum of illnesses among both adults and seniors in the district of Marburg-Biedenkopf.

In the interviews, the mental health of all adults was classified as increasingly at risk due to social isolation and increased stress in everyday life. In part, the need for a health-promoting design of the living environments of the district residents is already recognized and considered in the municipalities. The level of commitment varies greatly within the district. It became clear that despite local efforts, the need for measures has not yet been met and that too often individual population groups remain unreached. Many expressed the need to make programs more low-threshold, systematic, and cross-generational and cross-community. In many areas, cooperation between different institutions, the opening of existing spaces and the imitation of exemplary (best practice) projects could possibly achieve great gains for people's health. All in all, the interviews revealed many problems that were already known. Particularly noteworthy is the finding that public health issues described in the literature are perceived by local actors.

The limitations of the chosen methods consist primarily of an underrepresentation of some topics and population groups (e.g., single parents, refugees, young people) as well as a limited and subjective perspective in the interviews. Thus, for some characteristics, no significant information gain could be obtained in the interviews. Small Area Estimation is an estimation model that can only partially reflect reality due to a lack of data. Both methods are difficult to compare due to their different approaches. Overall, the needs assessment was nevertheless able to paint a colorful picture of the county, its structures, problems, and needs, not least because of the openness of the semi-structured guide and the diversity of interviewees and variables examined. Common trends and a variety of intervention options emerged. While some of these interventions are likely to be very cost-effective, others involve large investments in structural, organizational, and personnel infrastructure. In any case, it is worthwhile to learn from each other ('benchmarking') in this regard and to invest in the professionalization of health promotion and prevention at the municipal level. To this end, the political and financial framework conditions should also be optimized and, if necessary, quality assurance measures should be taken. By implementing all these health-promoting and preventive efforts, the incidence of many diseases could possibly be reduced and the quality of life of the population sustainably increased.

12 Literaturverzeichnis

- Ahlers, E. (2014): Möglichkeiten und Grenzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht einer arbeitnehmerorientierten Wissenschaft. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35–43.
- Altgeld, T.; Brandes, S.; Bregulla, I.; Castedello, U.; Dehn-Hindenberg, A.; Flor, W. et al. (2015): Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität. Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. Online verfügbar unter <https://shop.bzga.de/gesundheitsfoerderung-in-lebenswelten-entwicklung-und-sicherung-von-60583002/>, zuletzt geprüft am 12.11.2022.
- Aner, K.; Karl, U. (2020): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-26624-0.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hg. v. A. Franke. Tübingen: dgvt Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36).
- Apitz, R.; Winter, S. F. (2004): Potenziale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. In: *Internist* 45 (2), S. 139–147. DOI: 10.1007/s00108-003-1136-9.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2017): Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit - Ursachen, Prävention, Bewältigung. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Banzer, W.; Beck, V.; et. al. (2016): Gesundheitsbericht Hessen. GesundLeben - GesundBleiben. Hg. v. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.thm.de/ges/images/Mitarbeiter/Fr._Maulbecker-Armstrong/gesundheitsbericht_hessen_2016.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Barry, M. M. (2007): Researching the implementation of community mental health promotion programs. In: *Health Promot J Aust* 18 (3), S. 240–246. DOI: 10.1071/HE07240.
- Beise, U. (2013): Prävention und Gesundheitsförderung. In: U. Beise, S. Heimes und W. Schwarz (Hg.): Gesundheits- und Krankheitslehre. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 27–34.

Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2017): Psychotherapeuten. Bedarf, Nachfrage, Angebot – Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Verteilung. Gütersloh (4). Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Psych_final.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018): Statistische Daten – Pflege. Alle Indikatoren. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/pflege+marburg-biedenkopf-lk+2014-2016+tabelle>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Biedermann, A.; et al. (2012): Kommunale Programme der Gesundheitsförderung im Alter. Ein Orientierungsleitfaden zu Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Hg. v. Gesundheitsförderung Schweiz. Bern (Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 1). Online verfügbar unter <https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/Kommunale-Programme-der-Gesundheitsfoerderung-im-Alter.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Biffi, G.; Berger, T. (2012): Urbanisierung und Landflucht: Zwei Gesichter eines Phänomens. Migration und Integration. Donau Universität Krems. Krems, 2012. Online verfügbar unter http://www.dialogforum-integration.at/fileadmin/user_upload/Gudrun_Biffi_und_Tania_Berger__Urbanisierung_und_Landflucht.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Blank, W. A. (2021): Gute Ärzte braucht das Land – eine erfolgreiche Strategie wider den drohenden Landärztemangel. In: *Gesundheitswesen* 83 (02), S. 86–94. DOI: 10.1055/a-1026-0498.
- Bock, F. de; Rehfuess, E. (2021): Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten. In: *Bundesgesundheitsbl* 64 (5), S. 524–533. DOI: 10.1007/s00103-021-03320-1.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung i. A. des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (Hg.) (o. D.): Programm Soziale Stadt. Online verfügbar unter https://www.staedtebaufoerderung.info/DE/ProgrammeVor2020/SozialeStadt/Programm/programm_node.html, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Bonn. Online verfügbar unter https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Prinzipien_guter_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2022.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (o. D.a): Über uns. Aufgaben und Ziele. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (o. D.b): Über uns. Internationale Beziehungen und Kooperationen. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/ueber-uns/internationale-beziehungen/kooperationen/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (o. D.c): Über uns. Nationale Kooperationen. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/ueber-uns/nationale-kooperationen/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2019): Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur, 2019. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Buntenbach, A. (2010): Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Hg. v. DGB Bundesvorstand. Berlin (Arbeitsmarkt aktuell, 09). Online verfügbar unter <https://www.dgb.de/themen/++co++44151b30-a92b-11df-6fd9-00188b4dc422>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Busch, M. A.; Kuhnert R. (2017a): 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (01), S. 64–69. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-009.
- Busch, M. A.; Kuhnert R. (2017b): 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (01), S. 70–76. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-010.
- Carlo, F.; Käser, N.; et al. (2014): Leitfaden Good-Practice-Kriterien Prävention und Jugendgewalt. In Familie, Schule und Sozialraum. Hg. v. Bundesamt für

Literaturverzeichnis

Sozialversicherungen. Bern. Online verfügbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/bildung/informationen-fuer-schulen/praevention-sicherheit/gewaltpraevention/praevention_jugendgewalt_leitfaden.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Caspar, C. (2014): Kurzzusammenfassung Bedarfsanalyse migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Baselland. RADIX - Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. Online verfügbar unter https://www.radix.ch/media/1bgshlzy/bedarfserhebung_bl.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Commission on Chronic Illness (Hg.) (1957): Prevention of Chronic Illness. Cambridge, MA and London, England: Harvard University Press. DOI: 10.4159/harvard.9780674497474.

Debus, E. S.; Torsello, G.; Schmitz-Rixen, T.; Flessenkämper, I.; Storck, M.; Wenk, H.; Grundmann, R. T. (2013a): Ursachen und Risikofaktoren der Arteriosklerose. In: *Gefässchirurgie* 18 (06), S. 544–550. DOI: 10.1007/s00772-013-1233-6.

Debus, E. S.; Torsello, G.; Schmitz-Rixen, T.; Hupp, T.; Lang, W.; Noppeney, T. et al. (2013b): Manifestationen und Prävention der Arteriosklerose. In: *Gefässchirurgie* 18 (07), S. 644–651. DOI: 10.1007/s00772-013-1235-4.

Deutsche Aidshilfe e.V. (Hg.) (2011a): Handbuch pq-HIV. Bedarfsbestimmung. Partizipative Bedarfserhebung. Unter Mitarbeit von H. Unger, M. Block und M. Wright. Deutsche Aidshilfe. Online verfügbar unter <https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/partizipative-bedarfserhebung>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Deutsche Aidshilfe e.V. (Hg.) (2011b): Handbuch pq-HIV. Bedarfsbestimmung. Feststellung des Bedarfs der Zielgruppe. Unter Mitarbeit von H. Unger, M. Block und M. Wright. Deutsche Aidshilfe. Online verfügbar unter <https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/feststellung-bedarfs-zielgruppe>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Deutsche Aidshilfe e.V. (Hg.) (2011c): Handbuch pq-HIV. Bedarfsbestimmung. Unter Mitarbeit von H. Unger, M. Block und M. Wright. Deutsche Aidshilfe. Online verfügbar unter <https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/bedarfserhebung>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

- Die Techniker Krankenkasse (Hg.) (o. D.): TK-Engagement. im Setting Kommune, Landkreis Marburg-Biedenkopf und Universitätsstadt Marburg. Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheit/TK-Engagement_im_Setting_Kommune_Nina_Martin.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hg.) (o. D.a): Die NPK. Online verfügbar unter <https://www.npk-info.de/die-npk>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hg.) (o. D.b): Präventionsstrategie. Online verfügbar unter <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie>, zuletzt geprüft am 21.11.2022.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hg.) (o. D.c): Umsetzung in den Ländern. Online verfügbar unter <https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hg.) (2016): Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Hessen. Online verfügbar unter https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/6_landesrahmenvereinbarung/landesrahmenvereinbarung_LRV_Hessen_2021.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hg.) (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin, Kassel. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf, zuletzt geprüft am 21.11.2022.
- Diener, V. H. C.; Weimar, C.; Forsting, M.; Schlamann, M. (2013): Vorbeugung und Behandlung des Schlaganfalls. In: *Unikate* (44), S. 84–91.
- Dietscher, C. (2012): Interorganizational networks in the settings approach of health promotion - The case of the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Vienna: University of Vienna.
- Düx, W. (2018): Zivilgesellschaftliches Engagement. In: K. Böllert (Hg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer, S. 179–197.
- Emanuel, S. (2021): Generationendialog in Organisationen. Nachwuchsübergänge systemisch gestalten. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Leben. Lieben. Arbeiten).

Literaturverzeichnis

Franzkowiak, P. (2022): Prävention und Krankheitsprävention. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>, zuletzt geprüft am 14.11.2022. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0.

Frings, K.; Herdt, J. (2010): Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Hessen. Regionalisierte Auswertung der Pflegestatistik 2001 bis 2007 - Künftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zu den Jahren 2030 und 2050. Hg. v. HA Hessenagentur GmbH. Wiesbaden (Report 756). Online verfügbar unter <https://docplayer.org/25481664-Entwicklung-der-pflegebeduerftigkeit-in-hessen.html>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Fröhlich-Gildhoff, K.; Trojan, A. (2018): Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Evaluation am Beispiel einer ländlichen (Ortenaukreis) und einer städtischen Region (Lenzviertel Hamburg). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (10), S. 1279–1288. DOI: 10.1007/s00103-018-2801-4.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V (Hg.) (2020): Arbeitshilfen Gute Praxis konkret. Erfahrungen und Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gesund-aktiv-aelterwerden.de/fileadmin/user_upload/gaew/Good_Practice_Kriterien/Qualitaetsmanagement/GPkonkret_Qualitaetsmanagement_Sep2020_bf.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (o. D.a): Leitfaden Prävention. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (o. D.b): Nationale Präventionskonferenz. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/npk/nationale_praeventionskonferenz.jsp, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (o. D.c): Präventionsbericht. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht.jsp, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praeventio
n_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp, zuletzt geprüft am
09.11.2022.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2000 i. d. F. von 2021): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und
Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V Leitfaden Prävention in stationären
Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.gkv-
spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilf
e__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komple
tt_P210177_barrierefrei3.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf), zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: *Public health
reports (Washington, D.C.: 1974)* 98 (02), S. 107–109.

Grossmann, B.; Noweski, M. (2016): Qualität in der Primärprävention. Ergebnisse einer
Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.
V. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21 (03), S. 163–167. DOI:
10.1055/s-0035-1553987.

Gutzwiller, F.; Paccaud, F. (2011): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. 4. Aufl. Bern:
Hans Huber.

Hartmann, T.; Sonntag, U. (2015): Gesundheitsförderung und Hochschule. Hg. v.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-
i044-1.0.

Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz. Hg. v. Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-i106-1.0.

Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz–Lebensweltansatz. Hg. v. Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0.

Hassel, H.; Czyply, N.; Thumann, B.; Klein, J.; Thombansen, S.; Klein, M. (2012): Macy -
Miteinander gesund bleiben - Health Literacy für Mehrgenerationen. Universelle und
selektive Präventionsstrategien als Beitrag zur Kostensenkung? In: *Gesundheitswesen*
74 (08/09), A42. DOI: 10.1055/s-0032-1322028.

Heidemann, C.; Du, Y.; Scheidt-Nave, C. (2011): Diabetes mellitus in Deutschland. Hg. v. Robert
Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 2 (03)). Online verfügbar unter
<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattun>

Literaturverzeichnis

g/GBEDownloadsK/2011_3_diabetes.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Helfferich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: N. Baur und J. Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer (Handbuch), S. 559–574.

Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) (Hg.) (o. D.a): Das Netzwerk für Gesundheitsförderung in Hessen. Online verfügbar unter <https://hage.de/ueber-uns/hage/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) (Hg.) (o. D.b): KGC Hessen, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit. Online verfügbar unter <https://hage.de/aktivitaeten/kgc-hessen-koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hessen/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hg.) (2015): Krebs in Hessen 2015. Inzidenz- und Mortalitätsdaten 2011. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.thm.de/ges/images/Mitarbeiter/Fr._Maulbecker-Armstrong/krebs_in_hessen_2015_0.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Wohnen (Hg.) (o. D.): Sozialer Zusammenhalt/ Nachhaltige Stadtentwicklung Hessen. Online verfügbar unter <https://nachhaltige-stadtentwicklung-hessen.de/foerderprogramme/sozialer-zusammenhalt.html>, zuletzt aktualisiert am 30.09.2021, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Hessisches Statistisches Landesamt (2016): Die Pflegeeinrichtungen in Hessen am 15. Dezember 2015. Statistische Berichte. Kennziffer: K VIII 1 - 2j/2015. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/HEHeft_derivate_00006189/KVIII1_2j15.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Hessisches Statistisches Landesamt (2017): 2017. In: *Hessische Gemeindestatistik: Ausgewählte Strukturdaten aus Bevölkerung und Wirtschaft* (5. korrigierte Aufl.).

Hollbach-Grömig, B.; Frölich von Bodelschwingh, F. (2016): Gesundheitsförderung und Prävention - Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene. Wiederholungsbefragung des Deutschen Instituts für Urbanistik (2015). 1.2.11.16 Aufl.

Literaturverzeichnis

- Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 2).
- Hunziker, S.; Hengstler, P.; Zimmerli, L.; Battegay, M.; Battegay, E. (2006): Der internistische Check-up. In: *Internist* 47 (01), 55-65. DOI: 10.1007/s00108-005-1536-0.
- Hurrelmann, K.; Altgeld, T. (Hg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. s.l.: Hans Huber.
- IUHPE (Hg.) (o. D.): The IUHPE at a glance. Online verfügbar unter <https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-at-a-glance>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? In: *Psychiatrische Praxis* 34 (01), S. 16–28. DOI: 10.1055/s-2008-1067526.
- Jamoulle, M. (1986): Information et informatisation en médecine générale. Unter Mitarbeit von P. van BASTELAER. In: J. Berleur, C. Lobet-Maris, R. F. POSWICK und G. VALENDUC (Hg.): Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs Actes des III^e Journées de Réflexion sur l'Informatique (3^eJ.R.I.). Namur: Presses universitaires de Namur, S. 193–209.
- Jung, F. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung für Männer - Zugangsmöglichkeiten zu Arbeitern. Eine qualitative Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (04), S. 231–239. DOI: 10.1055/s-2006-926721.
- Kaba-Schönstein, L. (2017a): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-i033-1.0.
- Kaba-Schönstein, L. (2017b): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-i035-1.0.
- Kardorff, E. von (1995): Prävention: wissenschaftliche und politische Desiderate. In: *Diskurs* 5, S. 6–14. DOI: 10.25656/01:6639.

Literaturverzeichnis

- Kassel, L.; Rauh, K.; Fröhlich-Gildhoff, K. (2017a): Partizipative Bedarfsanalyse kommunaler Akteure. Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 12 (03), S. 174–180. DOI: 10.1007/s11553-017-0591-4.
- Kassel, L.; Rauh, K.; Fröhlich-Gildhoff, K. (2017b): Partizipative Bedarfsanalyse kommunaler Akteure. Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 12 (03), S. 174–180. DOI: 10.1007/s11553-017-0591-4.
- KGC Hessen; Träger HAGE e.V. (Hg.) (2018): Soziale Lage Hessen. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter https://hage.de/media/soziale_lage_hessen_final.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Kickbusch, I.; Hartung, S. (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Klauber, J.; Günster, C.; Gerste, B.; Robra, B.-P.; Schmacke, N. (Hg.) (2016): Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Unter Mitarbeit von S. Abbas. Stuttgart: Schattauer (Versorgungs-Report, 2015/16).
- Klein, A.; Gewecke, K.; Jung, M. (2014): Gewinnung, Qualifizierung und Entwicklung ehrenamtlicher Vereinsvorstände. Berlin: BBE.
- Knopf, H.; Grams, D. (2013): Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsbl* 56 (05/06), S. 868–877. DOI: 10.1007/s00103-013-1667-8.
- Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (o. D.a): Der kommunale Partnerprozess: "Gesundheit für alle". Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (o. D.b): Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/hintergruende-daten-materialien/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (o. D.c): Good Practice-Beispiele. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche->

Literaturverzeichnis

chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-beispiele/, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (o. D.d): Good Practice-Kriterien. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2021): Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit - Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele. Online verfügbar unter <https://shop.bzga.de/gute-praxis-fuer-gesundheitliche-chancengleichheit-die-good-practice-61411004/>, zuletzt aktualisiert am Juli 2021, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Korber, K.; Becker, C. (2017): Expert opinions on good practice in evaluation of health promotion and primary prevention measures related to children and adolescents in Germany. In: *BMC public health* 17 (01), S. 764. DOI: 10.1186/s12889-017-4773-y.

Korczak, D.; Dietl, M.; Steinhauser, G. (2011): Der Effektivität von Maßnahmen im Rahmen primärer Prävention am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen und des metabolischen Syndroms. 1. Aufl. Köln: DIMDI. DOI: 10.3205/hta000093L.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (o. D.a): Gesundheit fördern – Versorgung stärken. Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheits-foerdern/gesundheits-foerdern-versorgung-staerken.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (o. D.b): Gesundheitsberichterstattung. Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheits-foerdern/gesundheitsberichterstattung.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (o. D.c): Präventionsplan. Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheits-foerdern/praeventionsplan.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (o. D.d): Versorgungsplan. Online verfügbar unter <https://www.marburg->

Literaturverzeichnis

biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheit-foerdern/Versorgungsplan.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (2017a): 1. Präventionskonferenz.

Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/Pressemitteilungen/2017/01/033-2017_pm-praeventionskonferenz.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Hg.) (2017b): Pressemitteilung.

Präventionsplan wird gefördert. Online verfügbar unter <https://www.marburg-biedenkopf.de/Pressemitteilungen/2017/12/gem-2017-techniker-kk-foerdert-praeventionsplan.php>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Kroll, L. E.; Lampert, T. (2012): Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. In: *Bundesgesundheitsbl* 55 (01), S. 129–140. DOI:

10.1007/s00103-011-1403-1.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz (Grundlagentexte Methoden).

Kuhn, J.; Böhm, A. (2020): Gesundheitsschutz. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-I059-2.0.

Kuntz, B.; Hoebel, J.; Fuchs, J.; Neuhauser, H.; Lampert, T. (2017): Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland. In:

Bundesgesundheitsbl 60 (07), S. 783–791. DOI: 10.1007/s00103-017-2568-z.

Lampert, T.; Hoebel, J. (2019): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und

Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. In: *Bundesgesundheitsbl* 62 (03), S. 238–246.

DOI: 10.1007/s00103-019-02917-x.

Lampert, T.; Hoebel, J.; Kroll, L. E. (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und

Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 4 (01), S. 3–15. DOI: 10.25646/5868.

Lampert, T.; Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung.

Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt 5 (02)). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

- Löllgen, H.; Böckenhoff, A.; Knapp, G. (2009): Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. In: *International journal of sports medicine* 30 (03), S. 213–224. DOI: 10.1055/s-0028-1128150.
- Luhmann, M.; Bücker, S. (2019): Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Projektbericht. Bochum: Ruhr-Universität Bochum. DOI: 10.13154/294-6373.
- Medizinische Hochschule Hannover; Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen; eine aktuelle Bestandsaufnahme. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 15).
- Naderer, G.; Balzer, E. (Hg.) (2007): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Wiesbaden: Gabler (Springer). DOI: 10.1007/978-3-8349-9262-8.
- Niederberger, M. (2018): Mixed-Methods-Studien in der Gesundheitsförderung. In: *Präv Gesundheitsf* 13 (01), S. 85–90. DOI: 10.1007/s11553-017-0602-5.
- Patzer, S. (1999): Die Wohnsuburbanisierung. München: GRIN Verlag.
- Penz, H. (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-531-91208-0.
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hg.) (2014): Bedarfsanalyse anhand von Gesundheitsdaten. sammeln, analysieren, argumentieren. Berlin. Online verfügbar unter https://kgm.pebonline.de/fileadmin/rmp/PDF_2013/PDF_Weiterbildung/Bedarfsanalyse_anhand_von_Gesundheitsdaten.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Praxispartner*innen/Mitforschende des Forschungsverbundes PartKommPlus (2021): Die Umsetzung erfolgt vor Ort. Diskussionspapier der Praxispartner*innen und Mitforschenden des Forschungsverbundes PartKommPlus. Berlin, Braunschweig, Fulda, Kassel, Witzenhausen. Online verfügbar unter http://partkommplus.de/fileadmin/files/Dokumente/Die_Umsetzung_erfolgt_vor_Ort_2021_Diskussionspapier_final_Web.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

- Regional Office for Europe (Hg.) (2022): European Health for All database (HFA-DB). Online verfügbar unter <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>, zuletzt aktualisiert am 04.09.2022, zuletzt geprüft am 14.11.2022.
- Richter, D. (2020): Die vermeintliche Zunahme psychischer Erkrankungen – Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. In: *Psychiatrische Praxis* 47 (07), S. 349–351. DOI: 10.1055/a-1228-9503.
- Richter-Kornweitz, A.; Holz, G.; Kilian, H. (2017): Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-i093-1.0.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin. DOI: 10.25646/3162.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2014a): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2014b): Diabetes mellitus. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Diabetes_mellitus.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2016): Berichts zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. RKI. Berlin. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmif0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 09.11.2022. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-014.

Literaturverzeichnis

- Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-i099-1.0.
- Ruckstuhl, B. (2011): Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive; mit Zeitzeugeninterviews. Weinheim: Juventa (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Ruser, K. (2016): Suburbanisierung und die Zukunft des suburbanen Raums von westdeutschen Großstädten. München: GRIN Verlag.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Gutachten/ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/01).
- Schienkiewitz, A.; Damerow, S.; Schaffrath Rosario, A. (2018): Potenzial der Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kitas und Schulen für die Präventionsberichterstattung. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (03), S. 60–74. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-080.
- Schienkiewitz, A.; Mensink, G.B.M.; Kuhnert, R. et al. (2017): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (02), S. 21–28. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-025.
- Schmidt, C. O.; Raspe, H.; Pfingsten, M.; Hasenbring, M.; Basler, H. D.; Eich, W.; Kohlmann, T. (2007): Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. In: *Spine* 32 (18), S. 2005–2011. DOI: 10.1097/BRS.0b013e318133fad8.
- Schröder, M.; Telschow, C. (2017): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: U. Schwabe, D. Paffrath, W.-D. Ludwig und J. Klauber (Hg.): *Arzneiverordnungs-Report 2017*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 783–792.
- Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.-L. et al. (Hg.) (2016): *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer in Elsevier. DOI: 10.1016/C2012-0-02870-0.
- Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX (Hg.) (o. D.a): *Bedarfserhebung. Planung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde*. Online verfügbar unter

Literaturverzeichnis

<https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/themen/bedarfserhebung/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX (Hg.) (o. D.b): Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde - Praxishilfe zur bedarfsgerechten Planung. Arbeitsinstrumente. Online verfügbar unter <https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/angebote/hinschauen-und-handeln/arbeitsinstrumente/>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Sept, A. (2021): Die Dorfapp als Ersatz für die Dorfkneipe? In: *Standort* 45 (01), S. 5–10. DOI: 10.1007/s00548-020-00679-2.

Starke, D.; Tempel, G.; Butler, J.; Starker, A.; Zühlke, C.; Borrmann, B. (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: *Journal of Health Monitoring* 4 Suppl. 1, S. 1–22. DOI: 10.25646/6058.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (o. D.a): Gesundheitsberichterstattung, Ziele und Vorgehensweise. (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=703, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (o. D.b): Kapitel 4.1.4 Evidenzbasierung. Gesundheit in Deutschland, 2015. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25631, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Tamayo, T.; Brinks, R.; Hoyer, A.; Kuß, O. S.; Rathmann, W. (2016): The Prevalence and Incidence of Diabetes in Germany. In: *Deutsches Arzteblatt international* 113 (11), S. 177–182. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0177.

Techniker Krankenkasse (Hg.) (2013): Bleib locker, Deutschland! Hamburg. Online verfügbar unter https://www.gesundheitsmanagement24.de/wp-content/uploads/2015/08/tk_studienband_zur_stressumfrage.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.

Literaturverzeichnis

- Tempel, N.; Reker, N.; Bödeker, M.; Klärs, G.; Schaefer, I.; Töppich, J.; Kolip, P. (2013):
Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung in Settings. In: *Präv Gesundheitsf* 8
(02), S. 73–77. DOI: 10.1007/s11553-012-0380-z.
- Thimm, W.; Bank-Mikkelsen, N. E. (Hg.) (2008): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu
Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts; ein Fachbuch der
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung. 2. Aufl.
Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- Thom, J.; Bretschneider, J.; Müllender, S.; Becker, M.; Jacobi, F. (2015): Regionale Variationen
der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. In: *Die
Psychiatrie* 12 (04), S. 247–254. DOI: 10.1055/s-0038-1669607.
- Thom, J.; Kuhnert, R.; Born, S. et al. (2017): 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich
diagnostizierten Depression in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (03), S.
72–80. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-057.
- Walter, U.; Gerlich, M.; Schwarz, F. W. (2020): Gesundheitsindikatoren. Hg. v. Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-I055-2.0.
- Walter, U.; Kliche, T.; Pawils, S.; Nöcker, G.; Trenker, M.; Finck, S. et al. (2015a): Prävention und
Gesundheitsförderung wissenschaftsbasiert stärken--Ergebnisse und Erfahrungen des
BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung. In: *Gesundheitswesen
(Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 Suppl.
1, S. 2–11. DOI: 10.1055/s-0035-1559711.
- Walter, U.; Koch, U. (Hg.) (2015): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.
Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung. Unter Mitarbeit von M. Plaumann. Bundeszentrale für Gesundheitliche
Aufklärung. 2.3.06.15 Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 1).
- Walter, U.; Nöcker, G.; Pawils, S.; Robra, B-P; Trojan, A.; Franz, M. et al. (2015b): Memorandum
- Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf
Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der
Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (5), S. 382–388. DOI:
10.1055/s-0035-1549949.

Literaturverzeichnis

- Weih, M.; Müller-Nordhorn, J.; Amberger, N.; Masuhr, F.; Lürtzing, F.; Dreier, J. P.; Hetzel, A. (2004): Risikofaktoren des ischämischen Schlaganfalls. Übersicht über die Evidenz in der Primärprävention. In: *Nervenarzt* 75 (4), S. 324–335. DOI: 10.1007/s00115-003-1639-6.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (1978): Erklärung von Alma-Ata. s.l. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. s.l. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (2007): Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zusammenfassung. Unter Mitarbeit von F. Branca. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Europa.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (2010): Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. WHO. Kopenhagen. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf, zuletzt geprüft am 14.11.2022.
- Wollenberg, B.; Reul, R.; Hofmann, S. (2019): Präventionsplan. „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“. Eine integrierte Handlungsstrategie für den Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg. Marburg. Online verfügbar unter https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheitsfoerdern/praeventionsplan.php, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (Hg.) (o. D.): WHO European Healthy Cities Network. Online verfügbar unter <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (Hg.) (1946): Constitution of the World Health Organization. New York. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (1998): The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Report of the Director-General. Geneva.

Literaturverzeichnis

- World Health Organization (Hg.) (2003): Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva. Online verfügbar unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (Hg.) (2005): Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment. WHO global report. Geneva. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43314>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (Hg.) (2013): Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Kopenhagen. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization (Hg.) (2014): Health in All Policies: Framework for Country Action. s.l. Online verfügbar unter <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/140120HPRHiAPFramework.pdf>, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- World Health Organization: Regional Office for Europe (2019): European Health Report 2018. More than numbers, evidence for all. s.l.
- Yach, D.; Stuckler, D.; Brownell, K. D. (2006): Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. In: *Nature medicine* 12 (01), S. 62–66. DOI: 10.1038/nm0106-62.
- Ziese, T.; Saß, A.-C. (2020): Gesundheitsberichterstattung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. DOI: 10.17623/BZGA:224-I028-2.0.
- Zirra, S. (2011): Die Subjektivierung der Arbeit in segmentierten Arbeitsmärkten. In: *Jahrb. f. Christl. Sozialwiss.* 52, S. 59–80.

13 Anhang

13.1 Einverständniserklärung



Einverständniserklärung

Liebe Fokusgruppenteilnehmerinnen, liebe Fokusgruppenteilnehmer,

das mit Ihnen geführte Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und später von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht.

Außer dem Alter und Geschlecht werden keine persönlichen Daten erfasst.

Alle personenbezogenen Informationen, die in den Tonaufnahmen als auch in den Niederschriften (Transkripten) Erwähnung finden, werden anonymisiert, das heißt Ihr Klarname wird weder in einem Transkript, in einem Bericht oder in einer Doktorarbeit Erwähnung finden.

Für die Aufzeichnung des Gesprächs sowie für die wissenschaftliche Auswertung benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich erlaube hiermit:

dass das am _____ geführte Gespräch, soweit meine Gesprächsbeiträge betroffen sind, aufgezeichnet und in anonymisierter Form wie folgt verwendet wird:

- a) Verwendung der Tonaufnahmen im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsprojektes
- b) Anfertigung eines anonymisierten Transkripts
- c) Verwendung der verarbeiteten Daten in einer (Indikatoren-)Datenbank

Ich habe die Informationen über das Forschungsvorhaben gelesen und bin mit der vorgesehenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Nicht erwünschte Punkte streiche ich.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden. In diesem Fall werden die von mir erhobenen Daten und Gesprächsaufzeichnungen umgehend gelöscht.

.....

Ort, Datum Unterschrift

.....

Name (in Blockschrift)

.....

Anonymisierter Name im Transkript (wird von Seiten der Universität ausgefüllt)

13.2 Leitfaden

Leitfaden für Interview zur Präventionsbedarfsanalyse Marburg-Biedenkopf

Das Interview wird frei geführt und der vorliegende Leitfaden dient lediglich als Orientierungshilfe. Dementsprechend werden Formulierungen auch nicht wörtlich im Interview wiedergegeben. So kann eine "Gemeinde" im Leitfaden für ein mündliches "Stadtteil" oder "Dorf" stehen.

Intervieweröffnung

Einverständnis für Aufnahme mit Diktiergerät. Da gegenderte Sprache in vielen Fällen auf Unverständnis stößt, verzichten wir im Interview auf sie.

Guten Tag,

Herzlichen Dank, dass Sie sich (alle) die Zeit für dieses Interview genommen haben und wir so von Ihrer Expertise profitieren können. Wir sind Medizinstudenten der Uni Marburg. Dieses Interview führen wir als Teil unserer Doktorarbeit bei Professor Geraedts in der Gesundheitsversorgungsforschung, es wird aber auch Teil einer Studie für das Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf sein, mit der der Bedarf an Präventionsmaßnahmen im Landkreis festgestellt werden soll. Ein Bericht über unsere Ergebnisse wird an den Landkreis gehen, der ihn in die Entscheidungsfindung über ein Präventionsprogramm mit einfließen lassen wird.

Mit diesem Interview wollen wir einen Überblick über den Gesundheitszustand Ihrer Gemeinde bekommen. Wenn wir von Gesundheit reden, meinen wir nicht nur das Gegenteil von Krankheit, sondern dass es den Menschen in jeder Hinsicht, also auch seelisch und in ihrem Sozialleben gut geht.

Wir wollen mit Ihrer Hilfe erkunden, welche Möglichkeiten es gibt, die verhindern, dass es den Menschen schlechter geht - das nennen wir Prävention. In diesem Themenfeld geht es dementsprechend oft um Krankheiten, wie Alzheimer oder Diabetes, bei denen der Körper langsam verfällt. Ein weiteres Themenfeld, über das wir heute reden wollen, sind die Möglichkeiten, die Sie sehen, damit es den Menschen noch besser gehen kann - das nennen wir Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung kann zum Beispiel durch Selbstwertsteigerung oder Festigung der sozialen Netzwerke erreicht werden. Dabei interessiert uns natürlich besonders, wo große Probleme liegen, welche vorhandenen Strukturen bereits im präventiven Bereich arbeiten und wo Sie

Chancen für die Zukunft sehen. Da wir Gesundheit sehr umfassend verstehen, könnten hier Organisationen beteiligt sein, die auf den ersten Blick nichts mit medizinischen Fragestellungen zu tun haben.

Das Interview wird ungefähr eine Stunde dauern. Damit wir es auswerten können, zeichnen wir es, sofern Sie damit einverstanden sind, mit einem Diktiergerät auf. Am Ende des Interviews werden wir Sie bitten, eine Einverständniserklärung bezüglich der Aufnahme zu unterschreiben. Wir garantieren, dass Ihre Aussagen bei der Auswertung nicht mit Ihrem Namen verknüpft werden.

Überreichung des Übersichtsbogen für Interviewte.

Wir werden das Interview aufnehmen und bitten Sie deshalb eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Die Aufnahmen nutzen wir als Erinnerungsstütze, damit wir das Interview später gut auswerten können. Wir lassen gleichzeitig eine Uhr laufen, um unseren Zeitrahmen nicht gänzlich aus den Augen zu verlieren. Da wir möglichst strukturiert auf die verschiedenen Altersgruppen eingehen wollen, haben wir hier zu Ihrer Orientierung eine Tabelle mit dem groben Interviewschema mitgebracht. Eine ähnliche Tabelle benutzen wir während des Interviews, um selbst den Überblick über das bereits besprochene und noch fehlende Punkte zu behalten. Wir werden relativ offen fragen und Ihnen somit Raum für die Schwerpunkte, die Sie in Ihrer Gemeinde sehen, geben. Sollte es sich aber abzeichnen, dass wir den zeitlichen Rahmen sprengen könnten, werden wir zielgerichtetere Fragen stellen.

Wir schlüsseln unsere Interviewergebnisse anhand von Altersgruppen auf und würden uns freuen, wenn Sie uns was zu dem Zustand von Kindern, Jugendlichen, Menschen im mittleren Lebensabschnitt und Senioren erzählen könnten. Hierbei meinen wir natürlich sowohl den körperlichen als auch den psychischen Zustand der Bevölkerung. Wir berücksichtigen dabei auch explizit Gruppen, die ein hohes gesundheitliches Risiko tragen, wie Alleinerziehende, Migranten, Menschen mit Behinderung und diejenigen, die in Armut leben.

1. **Vorhandene Potentiale:** Zuerst wollen wir uns nun auf die vorhandenen Strukturen in Ihrer Gemeinde konzentrieren, die die Gesundheit der Menschen in den verschiedenen Altersgruppen fördern oder verhindern, dass sie überhaupt krank werden. Welche Organisationen engagieren sich in Ihrer Gemeinde bereits im gesundheitsfördernden bzw. präventiven Bereich?

-Kinder mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung bis 12 Jahre // Armut

Wer ist Anbieter? Wird das Engagement von der Bevölkerung angenommen? Zeigt die Maßnahme Wirkung? Was ist die Zielsetzung?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Kindergarten und Schule, Vereine, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

-Jugendliche mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 13-18 Jahren // Armut

Wer ist Anbieter? Wird das Engagement von der Bevölkerung angenommen? Zeigt die Maßnahme Wirkung? Was ist die Zielsetzung?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Schule, Vereine, Feste, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

-Erwachsene mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 19-64 Jahren // Alleinerziehende // Armut

Wer ist Anbieter? Wird das Engagement von der Bevölkerung angenommen? Zeigt die Maßnahme Wirkung? Was ist die Zielsetzung?

Wo? Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste, öffentlicher Raum

-Senioren/Seniorinnen mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung ab 65 Jahre // Armut

Wer ist Anbieter? Wird das Engagement von der Bevölkerung angenommen? Zeigt die Maßnahme Wirkung? Was ist die Zielsetzung?

Wo? öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste

Zeit!: ca. 15-20 min. Anpassen daran, wie viele der Folgefragen bereits beantwortet wurden.

2. **Probleme und Risiken:** Wir haben nun einen guten Eindruck über die bereits vorhandenen Organisationen und ihre Handlungsfelder in Ihrer Gemeinde bekommen und möchten uns nun dem zweiten Themenkomplex widmen, der sich mit den Problemen und Risiken, die sich in Ihrer Gemeinde abzeichnen, befasst. Wie eben wollen wir nach dem Altersgruppenschema in der Tabelle vorgehen. Wo bzw. für welche Gruppe sehen Sie besondere Risiken, die typischerweise durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu bekämpfen wären?

-Kinder mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung bis 12 Jahre // Armut

Wer und wie viele? Wie oft und wann?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Kindergarten und Schule, Vereine, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

Wie äußert es sich? (Familie, soziale Ausgrenzung oder persönlicher Rückzug, Gewalt,

Bewegungsmangel, Verwahrlosung)

-Jugendliche mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 13-18 Jahren // Armut

Wer und wie viele? Wie oft und wann?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Schule, Vereine, Feste, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

Wie äußert es sich? (Überforderung im Alltag, Unvereinbarkeit der alltäglichen Aufgaben Arbeit- Freizeit- Familie, soziale Ausgrenzung oder persönlicher Rückzug, übermäßiger Substanzkonsum-> Alkohol/Cannabis, Gewalt nach außen oder innen-> Mobbing, selbstverletzendes Verhalten)

-Erwachsene mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 19-64 Jahren // Armut // Alleinerziehende

Wer und wie viele? Wie oft und wann?

Wo? Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste, öffentlicher Raum

Wie äußert es sich? (Überforderung im Alltag, Unvereinbarkeit der alltäglichen Aufgaben Arbeit- Freizeit- Familie, soziale Ausgrenzung oder persönlicher Rückzug, übermäßiger Substanzkonsum, Gewalt nach außen oder innen)

-Senioren/Seniorinnen mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung ab 65 Jahre // Armut

Wer und wie viele? Wie oft und wann?

Wo? öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste

Wie äußert es sich? (Überforderung im Alltag, Unvereinbarkeit der alltäglichen Aufgaben Arbeit- Freizeit- Familie, soziale Ausgrenzung oder persönlicher Rückzug, übermäßiger Substanzkonsum und Suchtverhalten-> Schmerz-/Schlaftabletten, Gewalt nach außen oder innen)

Zeit!: ca. 15-20 min

3. **Weitere erwünschte Maßnahmen:** Wir haben in der letzten halben bis dreiviertel Stunde ausführlich über vorhandene Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch über die Probleme, die sie für die Gesundheit Ihrer Gemeinde sehen gesprochen. Vor diesem Hintergrund interessiert uns, wie die gesundheitliche Zukunft Ihrer Gemeinde gestaltet werden könnte. Wo sehen Sie Bedarf für gesundheitsfördernde bzw. präventive Projekte, die Sie selbst in Ihrer Gemeinde angehen könnten oder für die Sie Hilfe von übergeordneten Organisationen benötigen würden?

-Kinder mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung bis 12 Jahre // Armut

Welche Maßnahme soll verbessert oder ausgebaut werden? Wer könnte für die Umsetzung verantwortlich sein oder diese anbieten? Was wäre die Zielsetzung?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Kindergarten und Schule, Vereine, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

-Jugendliche mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 13-18 Jahren // Armut

Welche Maßnahme soll verbessert oder ausgebaut werden? Wer könnte für die Umsetzung verantwortlich sein oder diese anbieten? Was wäre die Zielsetzung?

Wo? Jugendarbeit, Fachstellen, Schule, Vereine, Feste, öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich

-Erwachsene mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung von 19-64 Jahren // Armut // Alleinerziehende

Welche Maßnahme soll verbessert oder ausgebaut werden? Wer könnte für die Umsetzung verantwortlich sein oder diese anbieten? Was wäre die Zielsetzung?

Wo? Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste, öffentlicher Raum

-Senioren/Seniorinnen mit/ohne Migrationshintergrund/Behinderung ab 65 Jahre // Armut

Welche Maßnahme soll verbessert oder ausgebaut werden? Wer könnte für die Umsetzung verantwortlich sein oder diese anbieten? Was wäre die Zielsetzung?

Wo? öffentlicher Raum, Familie, Privatbereich, Arbeit und Betriebe, Vereine, Feste

Nun haben wir über alle drei Themengebiete gesprochen, sodass sich dieses Interview dem Ende neigt. Die letzten Minuten möchten wir nutzen, um über noch vorhandene Unklarheiten zu sprechen.

4. **Optional:** Ist Ihnen zu dieser Lücke im Schema noch etwas eingefallen?

5. **Abschlussfrage:** Gibt es etwas, was Ihnen besonders wichtig ist oder etwas, dem wir bisher nicht genug Beachtung geschenkt haben?

Wir haben jetzt ca. __ lang gesprochen und viele interessante Erkenntnisse gewonnen. Wir möchten uns bei Ihnen für das Interview bedanken und würden uns bei eventuellen Rückfragen nochmal per E-Mail bei Ihnen melden.

13.3 Interviewschemata

Abbildung 13: Interviewschema für Interviewende

Struktur Interview zur Bedarfsanalyse		1. Vorhandene Projekte	2. Gesundheitsbezogene Probleme/Risiken	3. Bedarf an Projekten für Zukunft	Notizen
Kinder mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung bis 12 // Armut	Anbieter? Angenommen? Wirkung? Zielsetzung? Wo?	Wer & wie viele? Wie oft und wann? Wo? Wie äußert es sich?	Welche Maßnahme soll verbessert werden? Wer könnte anbieten? Zielsetzung? Wo?		
	Jugendliche mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung von 13-18 Jahren // Armut	Anbieter? Angenommen? Wirkung? Zielsetzung? Wo?	Wer und wie viele? Wie oft und wann? Wo? Wie äußert es sich?	Welche Maßnahme soll verbessert werden? Wer könnte anbieten? Zielsetzung? Wo?	
	Erwachsene mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung von 19-64 Jahren // Alleinerziehende // Armut	Anbieter? Angenommen? Wirkung? Zielsetzung? Wo?	Wer und wie viele? Wie oft und wann? Wo? Wie äußert es sich?	Welche Maßnahme soll verbessert werden? Wer könnte anbieten? Zielsetzung? Wo?	
	Senio*innen mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung ab 65 Jahre // Armut	Anbieter? Angenommen? Wirkung? Zielsetzung? Wo?	Wer und wie viele? Wie oft und wann? Wo? Wie äußert es sich?	Welche Maßnahme soll verbessert werden? Wer könnte anbieten? Zielsetzung? Wo?	

Abbildung 14: Interviewschema für Interviewte

Interview zur Bedarfsanalyse				
	1. Vorhandene Projekte	2. Gesundheitsbezogene Probleme/Risiken	3. Bedarf an Projekten für Zukunft	
Kinder bis 12 Jahre mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung // Armut				
Jugendliche 13-17 Jahre mit/ohne Migrationshintergrund / Behinderung // Armut				
Erwachsene 18-64 Jahre mit/ohne Migrationshintergrund / Behinderung // Alleinerziehende // Armut				
Senioren 65+ Jahre mit/ohne Migrationshintergrund/ Behinderung // Armut				
	Kontakt:	Gabriel von Graefe: graefeg@students.uni-marburg.de		
		Kerlin Schwarze: schwar58@students.uni-marburg.de		

13.4 Verzeichnis der akademisch Lehrenden

Meine akademischen Lehrenden waren in Marburg:

PD Dr. Rene Aigner	Dr. Markus Eickmann
Prof. Dr. Detlef Bartsch	Dr. Beate Feuser
Prof. Dr. Stefan Bauer	Dr. Barbara Fritz
Prof. Dr. Erika Baum	Prof. Dr. Susanne Fuchs-Winkelmann
Prof. Dr. Annette Becker	Dr. Josef Geks
Prof. Dr. Katja Becker	Prof. Dr. Max Geraedts
PD Dr. Michael Bette	Prof. Dr. Christian Görg
Prof. Dr. Siegfried Bien	Prof. Dr. Thomas Gress
Prof. Dr. Christopher Bliemel	Prof. Dr. Timm Greulich
Prof. Dr. Sven Bogdan	Prof. Dr. Wolfram Grimm
Prof. Dr. Alexander Brehm	Dr. Kornelia Grundmann
Prof. Dr. Andreas Burchert	Prof. Dr. Karl-Heinz Grzeschik
Prof. Dr. Yalcin Cetin	Prof. Dr. Dr. Christiane Hey
Dr. Werner de Cruppé	Prof. Dr. Michael Hertl
Prof. Dr. Frank Czubayko	Dr. Wulf Hildebrandt
Prof. em. Dr. Dr. Jürgen Daut	Prof. Dr. Rainer Hofmann
Prof. Dr. Niels Decher	Dr. Angélique Holland
Prof. Dr. Dr Reinhard Dettmeyer	Prof. Dr. Katharina Holzer
Dr. Carsten Dietz	Prof. Dr. Joachim Hoyer
Dr. Dimitar Divchev	Prof. Dr. Walter Werner Hundt
Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff	Prof. Dr. Andreas Jansen
Dr. Andreas Jerrentrup	Prof. Dr. Christopher Nimsky
Dr. Dennis Josephs	PD Dr. Ludwig Oberkircher

Prof. Dr. Dr. Peter Herbert Kann	Prof. Dr. Johannes Oberwinkler
Dr. Ursula Keber	Prof. Dr. Dominik Oliver
Prof. Dr. Clemens Kill	Dr. Egbert Opitz
Prof. Dr. Ralf Kinscherf	Prof. Dr. Axel Frieder Pagenstecher
Prof. Dr. Tilo Kircher	Prof. Dr. Sabine Pankuweit
Prof. Dr. Andreas Kirschbaum	Prof. Dr. Mariana Parahuleva
Dr. Andreas Klemmer	Dr. Christian-Dominik Peterlein
Prof. Dr. Klaus Jochen Klose	Prof. Dr. Wolfgang Pfützner
Prof. Dr. Ulrich Köhler	Prof. Dr. Timothy David Plant
Prof. Dr. Maritta Kühnert	Dr. Steffen Tonio Pöttgen
Prof. Dr. Roland Lill	PD. Dr. Regina Preisig-Müller
Prof. Dr. Michael Lohoff	Dr. Simona Raluca-Bergmann
Dr. Ulrich Lüsebrink	Prof. Dr. Ardawan Julian Rastan
Prof. Dr. Andreas Mahnken	Prof. Dr. Jens-Peter Reese
Prof. Dr. Rolf Felix Maier	Dr. Kirsten Renke
Prof. Dr. Andrea Susanne Maisner	Prof. Dr. Harald Renz
Dr. Stefan Menzler	Dr. Jorge Riera-Knorrenschild
Prof. em. Dr. Roland Moll	Prof. Dr. Manfred Riße
PD Dr. Michaela Müller	Prof. Dr. Volker Roelcke
Prof. Dr. Reinier Mutters	Dr. Birgit Rost
Prof. Dr. Andreas Neubauer	Prof. Dr. Steffen Ruchholtz
Prof. Dr. Bernhard Neumüller	Apl. Prof. Dr. Dirk Rüsçh
Prof. Dr. Marco Bernhard Rust	Prof. Dr. Claus Vogelmeier
Prof. Dr. Irmtraut Sahmland	Prof. Dr. Sebastian Vogt
Prof. Dr. Jürgen Schäfer	Prof. Dr. Uwe Armin Georg Wagner

Prof. Dr. Bernhard Schieffer

Prof. Dr. Bernd Schmeck

Prof. Dr. Joachim Schneider

Prof. Dr. Gerhard Schratt

Dr. Ulrich Schu

Prof. Dr. Burkhard Schütz

Dr. Carmen Schwee

Dr. Carola Seifert

Prof. Dr. Guido Seitz

Prof. Dr. Walter Sekundo

Dr. Selim Sevinc

PD Dr. Frank Sommer

Dr. Bernd Stahl

Prof. Dr. Birte Steiniger

Prof. Dr. Boris Stuck

Prof. Dr. Guntram Suske

Prof. Dr. Björn Tackenberg

Prof. Dr. Kati Thieme

Dr. Andreas Thum

Prof. Dr. Lars Timmermann

Dr. Nina Timmesfeld

Prof. Dr. Eberhard Weihe

Dr. Reiner Westermann

PD Dr. Thaddäus Till Hippokrates Wissniowski

Prof. Dr. Thomas Worzfeld

Dr. Christian Wrocklage

Prof. Dr. Hinnerk Friedrich Wilhelm Wulf

Dr. Maxim Zavorotnyy

Prof. Dr. Volker Ziller

